



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 23, DE 05 DE MARÇO DE 2024.**

*Aprova o Protocolo de Acesso a  
Consultas Ambulatoriais com  
Especialistas na Paraíba.*

**A Comissão Intergestores Bipartite**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

A Portaria de nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, à proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

A Lei Complementar nº141, de 13 de Janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

A Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

A Portaria GM nº 3.992, de 28/12/2017, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28/09/2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços públicos do Sistema Único de Saúde; e,



A decisão da plenária da CIB-PB, na 2ª Reunião Ordinária, em 05 de março de 2024, realizada na Fundação Centro Integrada de Apoio à Pessoa com Deficiência (FUNAD), em João Pessoa/PB.

***RESOLVE:***

**Art. 1º** Aprovar o Protocolo de Acesso a Consultas Ambulatoriais com Especialistas da Paraíba, conforme anexo.

**Art. 2º** Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

***JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA***  
Presidente da CIB/PB

***RAFAEL AIRES TENÓRIO***  
Sec. Municipal de Saúde de Mamanguape/PB  
Diretoria do COSEMS/PB

**ANEXO DA RESOLUÇÃO CIB Nº 23, DE 05 DE MARÇO DE 2024.**

**PROTOCOLO DE ACESSO A CONSULTAS  
AMBULATORIAIS COM ESPECIALISTAS DO  
ESTADO DA PARAÍBA**

**Fevereiro/2024**

**João Azevêdo Lins**

Governador do Estado

**Jhony Wesllys Bezerra Costa**

Secretário de Estado da Saúde

**Renata Valéria Nóbrega**

Secretária Executiva de Estado da Saúde

**Patrick Áureo Lacerda de Almeida Pinto**

Secretário Executivo de Gestão da Rede de Unidades de Saúde

**Soraya Galdino de Araújo Lucena**

Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba

**Gerentes**

Atenção à Saúde

**Maria Izabel Ferreira Sarmiento**

Atenção Especializada

**Vanessa Oliveira Costa Silva**

Regulação, Controle e Avaliação da Assistência

**Lidiane Nascimento Cassimiro**

**Equipe de elaboração**

Rivaldo Fernandes Filho – Pneumologia;

Brunno de Farias Brito – Neurologia e Neurocirurgia;

Raquel Pinto Lins Sodré – Cardiologia;

Willia Max Sousa- Angiologia e Cirurgia Vascular;

Sandra Figueiredo – Hematologia;

Ingrid Ramalho – Infectologia;

Ywry Paiva – Ortopedia e Traumatologia;

Jarbas Bastos Valença da Fonseca Neto – Cirurgia Geral e Cirurgia do aparelho Digestivo;

Lidyanne Guimarães – Oncologia Clínica;

Marcílio Moreira Pereira- Urologia;

Flávia Martins de Freitas Leite Barros - Endocrinologia;

Thiago Pereira Alencar – Mastologia;

Erickson Werter de Oliveira Rego– Cirurgia de Cabeça e Pescoço;

Juliana Borborema – Nefrologia;

Evaldo Dantas da Nóbrega - Coloproctologia;

José Arthur Dantas Balduino - Gastroenterologia;

Joacilda Nunes - Cirurgia Pediátrica;

André Pinto Villarim – Otorrinolaringologia;

Rivaldo Fernandes Filho– Cirurgia Torácica;

Camilla França – Psiquiatria;

Maria Izabel Ferreira Sarmiento

Kamilla Hellen Kapistrano

Laís Paiva de Medeiros

Fernanda Lúcia da Silva

Artur Dantas Costa

Vivian Kelly Rezende Costa

Ana Maria Fernandes da Silva

Anna Katarina Galiza

Lucas Lima Rocha

Vanessa Monteiro Costa

## Sumário

1.	ATRIBUIÇÕES DO COMPLEXO MÉDICO REGULADOR ESTADUAL .....	11
2.	PROTOCOLO DE ACESSO – NEFROLOGIA .....	12
2.1.	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA RENAL CRÔNICA .....	12
2.2.	PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES EM EXAME DE URINA .....	13
2.3.	PROTOCOLO DE ACESSO – LESÃO RENAL SECUNDÁRIA A DIABETES, HIPERTENSÃO, DOENÇAS REUMATOLÓGICAS OU AUTOIMUNES .....	14
2.4.	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA RENAL POLICÍSTICA .....	14
2.5.	PROTOCOLO DE ACESSO – RIM ÚNICO .....	14
3.	PROTOCOLO DE ACESSO E REGULACÃO CONSULTA EM CARDIOLOGIA EM ADULTO .....	14
3.1.	PROTOCOLO DE ACESSO - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA .....	15
3.2.	PROTOCOLO DE ACESSO – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC) E MIOCARDITES .....	15
3.3.	PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA (DAC) ...	16
3.4.	PROTOCOLO DE ACESSO - SOPROS E VALVULOPATIAS ESTABELECIDAS 16	
3.5.	PROTOCOLO DE ACESSO - ARRITMIAS .....	17
3.6.	PROTOCOLO DE ACESSO - REABILITAÇÃO CARDIACA.....	17
4.	PROTOCOLO DE ACESSO E REGULACÃO CONSULTA EM CARDIOLOGIA EM ADULTO – ALTA COMPLEXIDADE .....	17
4.1.	PROTOCOLO DE ACESSO - ENDOVASCULAR .....	18
4.2.	PROTOCOLO DE ACESSO - CONSULTA DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTE DE CDI /RESSINCRONIZADOR.....	18
4.3.	PROTOCOLO DE ACESSO - MARCAPASSO .....	19
4.4.	PROTOCOLO DE ACESSO - HEMODINAMICA - ALTA COMPLEXIDADE ....	20
4.5.	PROTOCOLO DE ACESSO - ELETROFISIOLOGIA - DISTÚRBIOS DE RITMO CARDÍACO - TAQUIARRITMIAS .....	20
5.	PROTOCOLO CIRURGIA TORÁCICA GERAL .....	21
5.1.	PROTOCOLO DE ACESSO – DEFORMIDADES DA PAREDE TORÁCICA .....	21
5.2.	PROTOCOLO DE ACESSO – DERRAME PLEURAL.....	21
5.3.	PROTOCOLO DE ACESSO – EMPIEMA PLEURAL.....	22
5.4.	PROTOCOLO DE ACESSO – ESTENOSE DE TRAQUEIA.....	22
5.5.	PROTOCOLO DE ACESSO – PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO BENIGNO PRIMÁRIO .....	22
5.6.	PROTOCOLO DE ACESSO – BRONQUIECTASIAS .....	23
5.7.	PROTOCOLO DE ACESSO – SEQUELAS PULMONARES DE TUBERCULOSE...	23



5.8. PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE PULMÃO / PLEURA / MEDIASTINO / PAREDE TORÁCICA.....	24
6. PROTOCOLO DE CONSULTAS E/OU AVALIAÇÃO EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO.....	24
6.1. PROTOCOLO DE ACESSO – BÓCIO E NÓDULOS DE TIREOIDE.....	24
6.2. PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERPARATIREOIDISMO .....	25
6.3. PROTOCOLO DE ALTERAÇÕES DA PARÓTIDA E SUBMANDIBULAR E GLÂNDULAS SALIVARES .....	25
6.4. PROTOCOLO DE TUMORES DO SEIO PARANASAL OU FOSSA NASAL .....	25
6.5. PROTOCOLO DE NÓDULOS E TUMORES CERVICAIS NÃO TIREODIANOS ....	26
6.6. PROTOCOLO DE TUMORES E ESTENOSES DE LARINGE.....	26
6.7. PROTOCOLO DE TUMORES NA CAVIDADE ORAL, FARINGE (ORO E HIPOFARINGE) E NASOFARINGE .....	26
6.8. PROTOCOLO DE TUMORES VASCULARES OU NERVOSOS CERVICAIS .....	27
7. PROTOCOLO DA ENDOCRINOLOGIA – ADULTO.....	27
7.1. PROTOCOLO DE ACESSO - HIPERTIREOIDISMO .....	28
7.2. PROTOCOLO DE ACESSO – HIPOTIREOIDISMO .....	28
7.3. PROTOCOLO DE ACESSO – CÂNCER DA TIREÓIDE.....	29
7.4. PROTOCOLO DE ACESSO – OBESIDADE.....	29
7.5. PROTOCOLO DE ACESSO – DISLIPIDEMIA .....	30
7.6. PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES NO METABOLISMO ÓSSEO.....	30
7.7. PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS GONADAIS.....	30
7.8. PROTOCOLO DE ACESSO – GINECOMASTIA.....	31
7.9. PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS NEUROENDÓCRINAS / HIPOFISÁRIAS .....	31
7.10. PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA ADRENAL.....	32
7.11. PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERANDROGENISMO .....	32
8. PROTOCOLO DE ACESSO PARA CONSULTAS EM HEMATOLOGIA.....	33
8.1. PROTOCOLO DE ACESSO - BICITOPENIA OU PANCITOPENIA .....	33
8.2. PROTOCOLO DE ACESSO – ANEMIA .....	34
8.3. PROTOCOLO DE ACESSO – ERITROCITOSE.....	34
8.4. PROTOCOLO DE ACESSO – PLAQUETOPENIA .....	35
8.5. PROTOCOLO DE ACESSO – TROMBOCITOSE OU PLAQUETOSE.....	35
8.6. PROTOCOLO DE ACESSO – LEUCOPENIA .....	36
8.7. PROTOCOLO DE ACESSO – LEUCOCITOSE.....	36
8.8. PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS.....	37
8.9. PROTOCOLO DE ACESSO – TROMBOSE / TROMBOFILIA .....	37
8.10. PROTOCOLO DE ACESSO – USO DE ANTICOAGULANTE ORAL (SEM HISTÓRICO DE TROMBOSE) .....	38



8.11. PROTOCOLO DE ACESSO – ADENOMEGALIAS /ESPLENOMEGALIA.....	38
8.12. PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERFERRITINEMIA.....	39
8.13. PROTOCOLO DE ACESSO – GAMOPATIA MONOCLONAL / SUSPEITA DE MIELOMA MÚLTIPLO.....	39
9. PROTOCOLO DE ACESSO – CONSULTA EM NEUROLOGIA ADULTO.....	40
9.1. PROTOCOLO DE ACESSO - CEFALEIA.....	41
9.2. PROTOCOLO DE ACESSO TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS CONVERSIVOS E SOMATOFORMES.....	41
9.3. PROTOCOLO DE ACESSO - DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO.....	42
9.4. PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇAS NEUROMUSCULARES E NEUROGENÉTICAS.....	42
9.5. PROTOCOLO DE ACESSO - ALTERAÇÃO PROGRESSIVA DA FUNÇÃO COGNITIVA.....	43
9.6. PROTOCOLO DE ACESSO - NEUROCISTICERCOSE.....	43
9.7. PROTOCOLO DE ACESSO – EPILEPSIA.....	43
9.8. PROTOCOLO DE ACESSO - ESCLEROSE MÚLTIPLA E OUTRAS DOENÇAS DESMIELINIZANTES DO SNC.....	44
9.9. PROTOCOLO DE ACESSO - VERTIGEM DE ORIGEM CENTRAL.....	44
9.10. PROTOCOLO DE ACESSO - DISTÚRBIOS DO SONO E PARASSONIAS.....	45
9.11. PROTOCOLO DE ACESSO- DEMÊNCIAS.....	45
10. PROTOCOLO DE ACESSO – NEUROCIRURGIA ADULTO.....	45
10.1PROTOCOLO DE ACESSO -NEUROCIRURGIA - COLUNA.....	45
10.2 PROTOCOLO DE ACESSO-NEUROCIRURGIA -TUMOR.....	46
10.3 PROTOCOLO DE ACESSO -TUMOR/NEVRALGIA DO TRIGÊMEO.....	46
10.4PROTOCOLO DE ACESSO -NEUROCIRURGIA ENDOVASCULAR.....	47
11. PROTOCOLO DE ACESSO E REGULAÇÃO - CONSULTA EM UROLOGIA ADULTO.....	47
11.1. PROTOCOLO DE ACESSO - LITÍASE RENAL.....	48
11.2. PROTOCOLO DE ACESSO - LITÍASE URETERAL.....	49
11.3. PROTOCOLO DE ACESSO - LITÍASE RENAL.....	49
11.4. PROTOCOLO DE ACESSO - RETIRADA DE CATETER DUPLO J.....	50
11.5. PROTOCOLO DE ACESSO – CISTOS RENAISSIMPLES.....	50
11.6. PROTOCOLO DE ACESSO - HEMATURIA.....	50
11.7. PROTOCOLO DE ACESSO – INFECÇÃO URINÁRIA RECORRENTE.....	51
11.8. PROTOCOLO DE ACESSO – CISTO DE EPIDÍDIMO/EPIDIDIMITE.....	51
11.9. PROTOCOLO DE ACESSO – VARICOCELE.....	51
11.10. PROTOCOLO DE ACESSO – HIDROCELE.....	52
11.11. PROTOCOLO DE ACESSO – FIMOSE.....	52
11.12. PROTOCOLO DE ACESSO – HIPOSPÁDIA.....	52



11.13. PROTOCOLO DE ACESSO – CRIPTORQUIDIA .....	52
11.14. PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA .....	53
11.15. PROTOCOLO DE ACESSO – INCONTINÊNCIA URINÁRIA .....	53
11.16. PROTOCOLO DE ACESSO – FÍSTULA VESICAL .....	54
11.17. PROTOCOLO DE ACESSO – INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (IST) .....	54
11.18. PROTOCOLO DE ACESSO – VASECTOMIA .....	55
11.19. PROTOCOLO DE ACESSO – INFERTILIDADE MASCULINA .....	55
11.20. PROTOCOLO DE ACESSO – PEQUENA CIRURGIA UROLÓGICA .....	56
11.21. PROTOCOLO DE ACESSO – DISFUNÇÃO ERÉTIL .....	56
11.22. PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA DE PEYRONI (ANDROLOGIA) .....	57
11.23. PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIA DE BEXIGA .....	57
11.24. PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIA DOS RINS .....	57
11.25. PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIA DE PROSTATA .....	58
11.26. PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIA DOS TESTÍCULOS .....	58
11.27. PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIA DO PÊNIS .....	59
11.28. PROTOCOLO DE ACESSO – UROLOGIA GINECOLÓGICA .....	59
12. PROTOCOLO DE ACESSO - CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR ADULTO - MÉDIA COMPLEXIDADE .....	59
12.1. PROTOCOLO DE ACESSO – INSUFICIÊNCIA VASCULAR CRÔNICA .....	60
12.2. PROTOCOLO DE ACESSO – VARIZES PÉLVICAS OU SÍNDROME DA CONGESTÃO PÉLVICA .....	60
12.3. PROTOCOLO DE ACESSO – SÍNDROME PÓS TROMBÓTICA .....	61
12.4. PROTOCOLO DE ACESSO – PÉ DIABÉTICO .....	61
13. PROTOCOLO DE ACESSO – CONSULTA EM ALTA COMPLEXIDADE NA CIRURGIA VASCULAR .....	62
13.1. PROTOCOLO DE ACESSO - EMBOLIZAÇÃO – VARIZES PÉLVICAS OU SÍNDROME DA CONGESTÃO PÉLVICA .....	62
13.2. PROTOCOLO DE ACESSO – MIOMAS UTERINOS – NECESSIDADE DE EMBOLOGIZAÇÃO .....	63
13.3. PROTOCOLO DE ACESSO – ANEURISMA PERIFÉRICOS E DE CARÓTIDAS ..	63
13.4. PROTOCOLO DE ACESSO – ANEURISMA DA AORTA TORÁCICA E/OU ABDOMINAL .....	64
13.5. PROTOCOLO DE ACESSO – ANEURISMA DE ARTÉRIAS VISCERAIS E ILÍACAS .....	65
13.6. PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇA CAROTÍDEA EXTRACRANIANA E DAS AA. VERTEBRAIS .....	65
13.7. PROTOCOLO DE ACESSO - SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO (SDT) .....	65
13.8. PROTOCOLO DE ACESSO – MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA (MAV) .....	66



13.9. PROTOCOLO DE ACESSO - HEMANGIOMAS.....	66
13.10. PROTOCOLO DE ACESSO – TRAUMA VASCULAR (ACOMPANHAMENTO)	67
13.11. PROTOCOLO DE ACESSO – PÉ DIABÉTICO – CASOS CIRÚRGICOS .....	67
14. PROTOCOLO DE ACESSO – CONSULTA EM ORTOPEDIA ADULTO .....	68
14.1. PROTOCOLO DE ACESSO – ACOMETIMENTO DA COLUNA VERTEBRAL ....	68
14.2. PROTOCOLO DE ACESSO – SEQUELA DE FRATURA .....	69
14.3. PROTOCOLO DE ACESSO – ACOMETIMENTO DO OMBRO.....	70
14.4. PROTOCOLO DE ACESSO – ACOMETIMENTO DA MÃO, PUNHO E COTOVELO .....	70
14.5. PROTOCOLO DE ACESSO – ACOMETIMENTO DO QUADRIL .....	71
14.6. PROTOCOLO DE ACESSO – ACOMETIMENTO DO JOELHO .....	71
14.7. PROTOCOLO DE ACESSO – ACOMETIMENTO DO PÉ / TORNOZELO.....	72
14.8. PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES ÓSSEOS .....	73
15. PROTOCOLO DE ACESSO – CONSULTA EM PSIQUIATRIA .....	73
15.1. PROTOCOLO DE ACESSO – DEPRESSÃO REFRATÁRIA .....	74
15.2. PROTOCOLO DE ACESSO - TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS CONVERSIVOS E SOMATOFORMES.....	74
15.3. PROTOCOLO DE ACESSO – TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO (TOC) 75	
15.4. PROTOCOLO DE ACESSO – TRANSTORNO DE PÂNICO E ANSIEDADE GENERALIZADA.....	75
15.5. PROTOCOLO DE ACESSO – TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR .....	75
15.6. PROTOCOLO DE ACESSO – ESQUIZOFRENIA .....	76
15.7. PROTOCOLO DE ACESSO – TRANSTORNOS PSICOSSEXUAIS .....	76
15.8. PROTOCOLO DE ACESSO – TRANSTORNO DE PERSONALIDADE .....	76
16. PROTOCOLO DE CONSULTA EM ONCOLOGIA CLÍNICA E CIRÚRGICA .....	77
16.1. PROTOCOLO DE ACESSO - TUMORES DE CABEÇA E DE PESCOÇO.....	77
16.2. PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIAS DO TRATO GASTROINTESTINAL.....	79
16.3. PROTOCOLO DE ACESSO - TUMORES GENITURINÁRIOS (SEXO MASCULINO).....	79
16.4. PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES GENITAIS (SEXO FEMININO) ....	81
16.6. PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DA PELE.....	82
16.7. PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE SISTEMA NERVOSO E OSTEOARTICULAR.....	83
16.8. PROTOCOLO DE ACESSO – RADIOTERAPIA.....	83
16.9. PROTOCOLO DE ACESSO – RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL .....	84
16.10. PROTOCOLO DE ACESSO – BRAQUITERAPIA .....	84



16.11.	PROTOCOLO DE ACESSO – RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL .....	84
17.	PROTOCOLO DE MASTOLOGIA .....	86
18.	PROTOCOLO DE ACESSO DE CONSULTAS EM INFECTOLOGIA .....	86
18.1.	PROTOCOLO DE ACESSO – SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV .....	87
18.2.	PROTOCOLO DE ACESSO - COINFECÇÃO DO HIV COM O VÍRUS DA HEPATITE B OU HEPATITE C.....	87
18.3.	PROTOCOLO DE ACESSO – HEPATITES VIRAIS.....	88
18.4.	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS 88	
18.5.	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS INFECCIOSAS.....	88
18.6.	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS FÚNGICAS SISTÊMICAS .....	89
18.7.	PROTOCOLO DE ACESSO - TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE.....	89
18.8.	PROTOCOLO DE ACESSO – LEISHMANIOSE.....	89
19.	PROTOCOLO DE ACESSO – OFTALMOLOGIA.....	90
19.1.	PROTOCOLO DE ACESSO - DÉFICIT VISUAL .....	90
19.2.	PROTOCOLO DE ACESSO - PACIENTES COM DOENÇAS SISTÊMICAS POSSIBILIDADE DE COMPROMETIMENTO OCULAR.....	91
19.3.	PROTOCOLO DE ACESSO – HIPEREMIA CONJUTIVAL.....	92
19.4.	PROTOCOLO DE ACESSO – CATARATA.....	92
19.5.	PROTOCOLO DE ACESSO - GLAUCOMA .....	93
19.6.	PROTOCOLO DE ACESSO – ESTRABISMO .....	93
19.7.	PROTOCOLO DE ACESSO – OFTALMOPEDIATRIA .....	93
19.8.	PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERACOES PALPEBRAIS / ORBITÁRIAS	94
19.9.	PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERACOES DE VIAS LACRIMAIS .....	94
19.10.	PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES NEUROFTALMOLÓGICAS ...	95
19.11.	PROTOCOLO DE ACESSO – PTERÍGIO .....	95
19.12.	PROTOCOLO DE ACESSO – AFECÇÕES DA CÓRNEA.....	95
20.	PROTOCOLO DE ACESSO E REGULAÇÃO - CIRURGIA GERAL / APARELHO DIGESTIVO .....	96
20.1.	PROTOCOLO DE ACESSO - HÉRNIA INGUINAL/ UMBILICAL/ FEMORAL PAREDE ABDOMINAL / EPIGÁSTRICA.....	96
20.1.	PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇAS DA VESÍCULA BILIAR .....	97
20.2.	PROTOCOLO DE ACESSO - LESÕES DA PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTANEO.....	97
20.3.	PROTOCOLO DE ACESSO - PEQUENAS CIRURGIAS.....	98
20.4.	PROTOCOLO DE ACESSO - GASTROSTOMIA CIRÚRGICA.....	98
20.5.	PROTOCOLO DE ACESSO - ESPLENECTOMIA .....	98
20.6.	PROTOCOLO DE ACESSO - LAPAROTOMIA EXPLORADORA ELETIVA .	99



20.7.	PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO	
	99	
	PROTOCOLO DE ACESSO - PATOLOGIAS CIRÚRGICAS RELACIONADAS AO APARELHO DIGESTIVO .....	100
21.	PROTOCOLO DE ACESSO E REGULAÇÃO – CONSULTA EM PROCTOLOGIA	100
21.1.	PROTOCOLO DE ACESSO – FISTULA ANORETAIS .....	101
21.2.	PROTOCOLO DE ACESSO – ABCESSO PERIANAL.....	101
21.3.	PROTOCOLO DE ACESSO – CISTO PILONIDAL.....	101
21.4.	PROTOCOLO DE ACESSO – CONDILOMA ACUMINADO .....	102
21.5.	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL ....	102
21.6.	PROTOCOLO DE ACESSO – FISSURA ANAL.....	103
21.7.	PROTOCOLO DE ACESSO – PRURIDO ANAL/ TENESMO/PLICOMA.....	103
21.8.	PROTOCOLO DE ACESSO – INCONTINENCIA ANAL.....	103
21.9.	PROTOCOLO DE ACESSO – PÓLIPOS EM COLON .....	104
21.10.	PROTOCOLO DE ACESSO – PROLAPSO RETAL / RETOCELE.....	104
21.11.	PROTOCOLO DE ACESSO – HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA .....	104
21.12.	PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIAS COLORRETAIS .....	105
21.13.	PROTOCOLO DE ACESSO – ACOMPANHAMENTO DE NEOPLASIAS COLORRETAIS .....	105
21.14.	PROTOCOLO DE ACESSO – FECHAMENTO DE COLOSTOMIA.....	105
21.15.	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON.....	106
22.	PROTOCOLO DE REUMATOLOGIA ADULTO .....	106
22.1.	PROTOCOLO DE ACESSO – COLAGENOSSES .....	107
22.2.	PROTOCOLO DE ACESSO – ARTRITE .....	107
22.3.	PROTOCOLO DE ACESSO – ARTRITE POR DEPOSIÇÃO DE CRISTAIS .....	108
22.4.	PROTOCOLO DE ACESSO – DOR NA COLUNA VERTEBRAL.....	108
22.5.	PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA DE PAGET (OSTEÍTE DEFORMANTE) .....	108
22.6.	PROTOCOLO DE ACESSO – FIBROMIALGIA .....	109
23.	PROTOCOLO DE CIRURGIA PLÁSTICA – NÃO ESTÉTICA.....	109
23.1.	PROTOCOLO DE ACESSO – GINECOMASTIA (HOMENS) .....	110
23.2.	PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERTROFIA MAMÁRIA.....	110
23.3.	PROTOCOLO DE ACESSO – AMASTIA ADQUIRIDA POR PATOLOGIA ONCOLÓGICA .....	111
22.4.	PROTOCOLO DE ACESSO – ABDOME EM AVENTAL .....	112
23.5.	PROTOCOLO DE ACESSO – DEFORMIDADES DA ORELHA .....	112
23.6.	PROTOCOLO DE ACESSO – DEFEITOS NASAIS .....	113
23.7.	PROTOCOLO DE ACESSO – LIPODISTROFIA PATOLÓGICA .....	113
23.8.	PROTOCOLO DE CIRURGIA PLÁSTICA - REPARADORA .....	114



23.9.PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO..	114
23.10.PROTOCOLO DE ACESSO – CICATRIZES PATOLÓGICAS .....	114
23.11.PROTOCOLO DE ACESSO – LESÕES PÓS-TRAUMÁTICAS .....	115
23.12.PROTOCOLO DE ACESSO – ÚLCERAS DE PRESSÃO .....	115
23.13.PROTOCOLO DE ACESSO – FISSURA LABIAL .....	115
REFERÊNCIAS.....	116

## **1. ATRIBUIÇÕES DO COMPLEXO MÉDICO REGULADOR ESTADUAL**

1. Apoiar o médico regulador quanto à decisão de utilizar o recurso “vaga zero”, conforme portaria 1009/2020, decidindo o destino do paciente baseado nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência;
2. Contactar e discutir a indicação de internações e transferências Inter hospitalares solicitadas à Central, junto aos profissionais das unidades solicitantes;
3. Contactar e discutir o recebimento de pacientes, junto aos profissionais das unidades executoras;
4. Analisar cada solicitação, observando:
  - a. Se a história clínica e achados de exame físico estão suficientemente descritos, permitindo a análise da pertinência e prioridade do caso;
  - b. Se é o caso de patologia de diagnostico eminentemente clínico e o exame está sendo solicitado em excesso ou fora de contexto, sem motivo propedêutico embasado;
  - c. Se a solicitação do exame ou encaminhamento ao especialista não poderiam ser evitados, dando a devolutiva com justificativa e conduzindo o paciente em nível de atenção primária;
  - d. Se o exame solicitado não poderia ser substituído por um exame mais simples ou mesmo pelo exame físico orientado pelo médico especialista no recurso do Telessaúde;
  - e. Se o exame solicitado preenche os pré-requisitos de solicitação conforme literatura e/ou protocolo de regulação assistencial referenciado neste manual;
  - f. Se a especialidade do médico solicitante permite a solicitação do exame, e se for uma transcrição, se existe o pedido do médico especialista anexado;



- g. Se os pedidos estão legíveis, com termos técnicos adequados, quadro clínico do paciente descrito e com a identificação do profissional solicitante.
5. Diante de solicitações com inconsistências e/ou informações incompletas, deve-se devolvê-las ao estabelecimento solicitante ou ao médico assistente para que as pendências sejam sanadas;
6. O médico regulador deverá cuidar para que todos os envolvidos no processo regulatório observem o sigilo profissional.
7. O médico regulador deverá ainda:
  - a. Atuar sobre a demanda reprimida de procedimentos regulados;
  - b. Observar e aplicar critérios de prioridade;
  - c. Autorizar ou não a realização do procedimento;
  - d. Definir a alocação da vaga de acordo com os recursos necessários para o melhor atendimento;
  - e. Conceder parecer técnico acerca de processos judiciais concernentes a sua área de atuação;
  - f. Confeccionar e atualizar os protocolos de regulação assistencial, em diálogo com os médicos da atenção primária.
8. Importante observar que:
  - a. Hipótese diagnóstica isoladamente (por exemplo: gastroenterite? dispepsia? autismo?) não é história clínica. O médico assistente deverá ser esclarecido na devolutiva quais os dados da história são relevantes para se analisar a pertinência e prioridade da solicitação;
  - b. Muitos exames são solicitados em prática defensiva para se evitar processos judiciais ou retaliação do médico em áreas de risco;
  - c. Letras ilegíveis, abreviações, condutas que sugerem descaso no preenchimento de prontuários, de laudos cirúrgicos e de pedidos de exames são também causas de processos éticos e legais.
9. Nossa regulação ambulatorial funciona também como telessaúde, devendo o regulador atuar como um orientador, com a filosofia de educação permanente do médico da rede e concessão de segunda opinião formativa.

Este processo inicia com:

- a. **Descrição do caso clínico pelo médico assistente:** É o profissional que lida diretamente com o paciente. Trata-se, portanto, da etapa mais importante do processo de regulação, pois é neste campo em que são descritos os sinais e sintomas, assim como resultados dos exames complementares mais relevantes. O médico deverá atentar para a descrição da temporalidade dos fatos, medicações já em uso e presença de comorbidades associadas.
- b. **Análise pelo médico regulador:** Esta etapa é diretamente dependente da anterior, uma vez que a descrição incompleta do caso irá gerar, necessariamente, uma ou mais pendências, atrasando a análise adequada do caso. Cabe salientar que, para os casos de baixa complexidade, serão



realizadas as devidas orientações para que o paciente tenha sua condição manejada somente na Atenção Primária em município de origem.

- c. **Agendamento da consulta com o especialista:** Existem vagas selecionadas nas unidades de saúde de Atenção Secundária e Terciária para os casos nos quais o médico regulador considere que caiba avaliação por parte do especialista. O protocolo tem na praticidade com embasamento o seu intuito, descrevendo sucinta e diretamente as principais condições clínicas que demandam o agendamento para o especialista, assim como os principais itens a serem contemplados na descrição clínica do caso.

## **2. PROTOCOLO DE ACESSO – NEFROLOGIA**

### **Critérios de encaminhamento**

- Alterações no exame de urina (proteinúria, hematúria, cilindros patológicos);
- Edema a esclarecer com sedimento urinário alterado;
- Doença renal policística;
- Lesão renal por hipertensão ou diabetes com TFG < 30 ml/min sem evidência de complicações associadas à doença renal crônica (os demais iriam para a agenda de drc conforme protocolo acima), doenças reumatológicas ou autoimunes;
- Rim único;
- Doença renal crônica (estágio 4 e 5 tem agenda específica);
- Pré transplante renal (agenda específica).
- Anemia ferropriva refratária e não atribuível a outra etiologia, hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, elevação persistente do PTH, hipertensão resistente, entre outros);

### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medida da pressão arterial, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): sumário de urina, urocultura, creatinina, clearance de creatinina, usg rins.
- Descrever medicações em uso ou outras terapias;

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da atenção primária da rede SUS e especialistas;

## **2.1.PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA RENAL CRÔNICA**

### **Indicações**

- Todos os casos de Doença Renal Crônica;



- Proteinúria;
- Hematúria persistente;
- Alterações anatômicas que provoquem lesão ou perda da função renal.
- Perda rápida da função renal em 6 meses, com TFG < 60 ml/min, confirmado em dois exames.
- Alteração da função renal persistente por mais de 3 meses ou alteração de usg com sedimento urinário alterado, de etiologia desconhecida.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Quadro clínico completo do paciente, incluindo comorbidades e medicamentos em uso;
- Resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo seis meses de intervalo entre eles);
- Taxa de filtração glomerular;
- Classificação pelo CKD-EPI;
- Resultado de ecografia de vias urinárias (se houver);
- Nome e CRM do nefrologista solicitante.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da atenção primária da rede SUS e especialistas.

**2.2.PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES EM EXAME DE URINA**

**Critérios de encaminhamento**

- Proteinúria quantificada (relação proteína/creatinina na urina ou 24 horas) em duas ocasiões distintas com uro cultura negativa;
- Hematúria e/ou proteinúria sem causa urológica conhecida;
- Ultrassom de rins e vias urinárias e/ou tomografia de abdome normal.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medida da pressão arterial, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): proteinúria, urocultura, creatinina, clearance de creatinina, usg rins.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da atenção primária da rede SUS e especialistas;



### **2.3.PROTOCOLO DE ACESSO – LESÃO RENAL SECUNDÁRIA A DIABETES, HIPERTENSÃO, DOENÇAS REUMATOLÓGICAS OU AUTOIMUNES**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Lesão renal em diabéticos, hipertensos e nas doenças reumatológicas e autoimunes com estágio 3 (DRC estágio 4 e 5 devem ser inseridos no protocolo de doença renal crônica de acordo com estratificação);

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medida da pressão arterial, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): PU, urocultura, creatinina, glicemia, usg rins, proteinúria de 24h.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da atenção primária da rede SUS e especialistas;

### **2.4.PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA RENAL POLICÍSTICA**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Todos os casos, exceto DRC estágios 4 e 5;

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame):
- Proteinúria, urocultura, creatinina, usg/TC rins.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS e especialistas;

### **2.5.PROTOCOLO DE ACESSO – RIM ÚNICO**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Todos os casos, exceto DRC estágios 4 e 5;

## **3. PROTOCOLO DE ACESSO E REGULACÃO CONSULTA EM CARDIOLOGIA EM ADULTO**

#### **Critérios de encaminhamento:**

- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Insuficiência Cardíaca Congestiva e Miocardites;
- Doença Arterial Coronariana (DAC);



- Sopros/Valvopatias estabelecidas;
- Arritmias;
- Reabilitação cardíaca pós procedimento cirúrgico (acompanhamento).

**OBS.:** Solicitações de baixa/média complexidade que exigem que a mesma seja feita por um cardiologista, e este município não ofertar a referida especialidade, poderá ser solicitada por médicos da Atenção básica da rede SUS. Desde que seja justificado.

### **3.1.PROTOCOLO DE ACESSO - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

#### **Indicações:**

- Hipertensão em uso regular de 3 ou mais classes de anti-hipertensivos em doses máximas toleradas associada à comorbidades (compensadas ou descompensadas) tais como: ICC, DM, DVP, doença cerebro-vascular, coronariopatias, IRC.
- Hipertensão arterial de difícil controle com suspeita de lesão em órgão alvo.

#### **Conteúdo descritivo mínimo:**

- Descrição do quadro clínico do paciente;
- Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados.

#### **Profissionais solicitantes:**

- Médicos e enfermeiros da atenção primária da rede SUS.

### **3.2.PROTOCOLO DE ACESSO – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC) E MIOCARDITES**

#### **Indicações:**

- ICC de difícil controle;
- Doenças associadas que possam promover/manter a descompensação (HAS, coronariopatias, arritmias, valvopatias).

#### **Conteúdo descritivo mínimo:**

- Descrição do quadro clínico do paciente;
- Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Descrever a causa do da ICC se manter de difícil controle;
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados.

#### **Profissionais solicitantes:**



- Médicos e enfermeiros da atenção primária da rede SUS;

### **3.3.PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA (DAC)**

#### **Indicações:**

- Paciente com diagnóstico definido de doença coronariana e insuficiência cardíaca classe III-IV;
- Paciente com diagnóstico definido de doença coronariana e angina aos esforços refratária ao tratamento clínico atual;
- Pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), revascularização do miocárdio ou angioplastia com sinais de complicações cirúrgicas ou dor torácica;
- Pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), revascularização do miocárdio ou angioplastia recente (<1 ano) sem seguimento com cardiologista, para reavaliação e ajuste do tratamento medicamentoso.

#### **Conteúdo descritivo mínimo:**

- Descrição do quadro clínico do paciente;
- Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos Cardiologistas;

### **3.4.PROTOCOLO DE ACESSO - SOPROS E VALVULOPATIAS ESTABELECIDAS**

#### **Indicações:**

- Pacientes com sopros/valvuloplastias associados a sinais clínicos de descompensação associada.
- Pacientes com sopros/valvuloplastias, assintomático, mas com suspeita de sobrecarga pressórica ou volumétrica do coração.

#### **Conteúdo descritivo mínimo:**

- Descrição do quadro clínico do paciente;
- Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados.

#### **Profissionais solicitantes:**

- Médicos Cardiologistas.



### **3.5.PROTOCOLO DE ACESSO - ARRITMIAS**

**Indicações:**

- Insuficiência cardíaca ou coronariana;
- Síncope de provável etiologia cardíaca. Fibrilação atrial ou Flutter atrial com história de tromboembolismo ou necessidade de anti coagulação. Pacientes com pré-excitação ventricular, TVNS ou QT longo ou curto ou síndrome de Brugada.

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Descrição do quadro clínico do paciente;
- Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados.

**Profissionais solicitantes:**

- Médicos Cardiologistas.

### **3.6.PROTOCOLO DE ACESSO - REABILITAÇÃO CARDIACA**

**Indicações:**

- Coronariopatia estável após evento agudo/ revascularizações/ cirurgias valvares;
- Pós-infarto;
- Pós-angina instável;
- Pós-angioplastia;
- Miocardiopatia hipertrófica;
- Displasia arritmogênica do ventrículo direito;
- Insuficiência cardíaca compensada;
- Pós-transplante cardíaco.

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Descrição do quadro clínico do paciente;
- Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados.

**Profissionais solicitantes:**

- Médicos Cardiologistas.

## **4. PROTOCOLO DE ACESSO E REGULAÇÃO CONSULTA EM CARDIOLOGIA EM ADULTO – ALTA COMPLEXIDADE**



**Critérios de encaminhamento:**

- Endovascular
- Consulta de avaliação para implante de CDI / ressincronizador
- Marca-passo
- Hemodinâmica
- Distúrbios de ritmo cardíaco (bradiarritmias e taquiarritmias)

**OBS.:** Casos que, julgado pelo cardiologista, necessitem de transplante cardíaco devem ser referenciados por meio do “protocolo de transplante cardíaco” do estado.

**4.1.PROTOCOLO DE ACESSO - ENDOVASCULAR**

**Indicações:**

- Doença arterial periférica crônica
- Aneurismas (aorta, ilíaca, periférica, viscerais)
- Doenças carotídeas
- Estenose da artéria renal
- Estenose de artéria mesentérica superior
- Malformação arteriovenosa (MAV) adulto

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Descrição do quadro clínico do paciente;
- Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados.

**Profissionais solicitantes:**

- Médicos cardiologistas, cirurgião vascular, cirurgião geral, urologista, hematologista.

**4.2.PROTOCOLO DE ACESSO - CONSULTA DE AVALIAÇÃO PARA  
IMPLANTE DE CDI /RESSINCRONIZADOR**

**Indicações:**

- Pacientes com FE 35% e ritmo sinusal e morfologia de bloqueio de ramo esquerdo (BRE) e QRS 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada;
- Pacientes com FE 35% e ritmo sinusal e morfologia de BRE e QRS entre 130 e 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada;
- Paciente com insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal (ICFER) que está com indicação de receber marca-passo definitivo devido a BAVT;
- Pacientes com FE 35% em FA e morfologia de BRE e QRS 150ms e sintomático apesar da terapia otimizada;
- Pacientes com FE 35% em FA e morfologia de BRE e QRS entre 130 e 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada;



- Paciente que ao invés de BRE tem bloqueio de ramo direito (BRD) e o QRS é >160 ms;
- Paciente que já tem marca-passo comandando o ritmo e que está com piora dos sintomas apesar de terapêutica otimizada (pode-se considerar então em fazer um upgrade do dispositivo de um marca-passo comum para um ressincronizador) para CDI;
- Sobreviventes de parada cardíaca documentada devido à taquicardia ventricular espontânea hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular, de causa não reversível;
- Taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável, espontânea, de causa não reversível, com cardiopatia estrutural;
- Síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular;
- Prevenção primária na cardiopatia isquêmica, em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio há pelo menos 40 dias, sob tratamento farmacológico ótimo, sem isquemia miocárdica passível de revascularização cirúrgica ou percutânea quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
  1. FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II - III;
  2. FEVE menor ou igual a 30% e classe funcional I;
  3. FEVE menor ou igual a 40%, TV não sustentada espontânea e TV / FV sustentada indutível ao estudo eletrofisiológico.
- Prevenção primária na cardiopatia não isquêmica, em pacientes com cardiomiopatia dilatada não isquêmica, com FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III;
- Prevenção primária em pacientes portadores de canalopatias (ou cardiopatia geneticamente determinada com 1 ou mais fatores de risco de morte arritmica.

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Descrição do quadro clínico do paciente;
- Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados.

**Profissionais solicitantes:**

- Médicos Cardiologistas.

**4.3.PROTOCOLO DE ACESSO - MARCAPASSO**

**Indicações:**

- Bloqueio atrioventricular de 3o grau (BAVT) e bloqueio atrioventricular de 2o grau tipo II.
- Fibrilação atrial com bradicardia e sintomas de baixo débito, doença do nó sinusal, síndrome bradi-taqui;



**Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrição do quadro clínico do paciente;
- Tratamento utilizados (medicamento e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados.

**Profissionais solicitantes:**

- Médicos Cardiologistas.

**4.4.PROTOCOLO DE ACESSO - HEMODINAMICA - ALTA  
COMPLEXIDADE**

**Indicações:**

- Angioplastia coronariana (após avaliação cardiológica);
- Oclusão percutânea de comunicação interatrial (após avaliação cardiológica);
- Oclusão percutânea de forame oval patente (após avaliação cardiológica);
- Implante percutâneo de valva aórtica (após avaliação cardiológica);
- Plastia mitral (após avaliação cardiológica);
- Indicação alcoolização septal percutânea;
- Oclusão percutânea de comunicação interventricular (CIV);
- Oclusão percutânea de persistência do canal arterial (PCA);
- Correção de coarctação de aorta;

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Descrição do quadro clínico do paciente;
- Tratamento utilizados (medicamento e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos cardiologistas.

**4.5.PROTOCOLO DE ACESSO - ELETROFISIOLOGIA - DISTÚRBIOS DE  
RITMO CARDÍACO - TAQUIARRITMIAS**

**Indicações**

- Encaminhar pacientes com distúrbios de ritmo cardíaco:
  1. TPSV (taquicardia supraventricular);
  2. TV (taquicardia ventricular);
  3. Fibrilação/Flutter Atrial; que tenham indicação para EEF ou ablação conforme avaliação do cardiologista clínico.



**Conteúdo descritivo mínimo:**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas que possam sugerir etiologia, medidas da pressão arterial, dados de ausculta cardíaca e respiratória, edema, classe funcional, medicações em uso e aderência ao tratamento;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame):
  1. Ecocardiograma, Cateterismo Cardíaco, ECG, Holter 24h, RX de tórax, laboratório.

**Profissionais solicitantes:**

- Médicos Cardiologistas.

## **5. PROTOCOLO CIRURGIA TORÁCICA GERAL**

**CrITÉrios de encaminhamento**

- Deformidades da parede torácica;
- Hiperidrose;
- Derrame pleural;
- Empiema pleural;
- Estenose de traqueia;
- Pneumotórax;
- Bronquiectasias;
- Sequelas pulmonares de tuberculose;
- Tumores de pulmão, pleura, mediastino e parede torácica.

### **5.1. PROTOCOLO DE ACESSO – DEFORMIDADES DA PAREDE TORÁCICA**

**CrITÉrios de encaminhamento**

- Encaminhar casos de pectus excavatum e carinatum na qual o paciente manifestar desejo por correção cirúrgica.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de tórax, etc.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Primária da rede SUS.

### **5.2. PROTOCOLO DE ACESSO – DERRAME PLEURAL**

**CrITÉrios de encaminhamento**

- Todos os casos com indicação cirúrgica.



- Transudatos, como os secundários a ICC, Nefropatia perdedora de proteínas e Hipoalbuminemia não deverão ser referenciados, salvo ítem abaixo;
- Casos em que tratamento clínico não obteve resposta satisfatória;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de tórax, TC.

**Profissionais solicitantes**

- Médico pneumologista ou infectologista;

**5.3. PROTOCOLO DE ACESSO – EMPIEMA PLEURAL**

**Critérios de encaminhamento**

- Todos os casos.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de tórax, TC.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Primária rede SUS;

**5.4. PROTOCOLO DE ACESSO – ESTENOSE DE TRAQUEIA**

**Critérios de encaminhamento**

- Casos diagnosticados para avaliação e tratamento
- História de estridor ou cornagem, ou mesmo casos de sibilância localizada, quando associados a internação prévia em CTI com Intubação Orotraqueal.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de coluna aérea, TC.
- Descrever perfil clínico da estenose, levando em conta dificuldades de realizar processos;

**5.5. PROTOCOLO DE ACESSO – PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO BENIGNO PRIMÁRIO**

**Critérios de encaminhamento**



- Casos diagnosticados para tratamento cirúrgico; (em que não se encaixem em casos de urgência – estes devem ser manejados em emergência clínica)
- Pneumotórax espontâneo benigno primário.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de tórax, TC.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS;

**5.6. PROTOCOLO DE ACESSO – BRONQUIECTASIAS**

**Critérios de encaminhamento**

- Pacientes que tenham condições para o tratamento cirúrgico. (através de avaliação de reserva de ar e sintomas recorrentes);

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de tórax, TC.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS;

**5.7. PROTOCOLO DE ACESSO – SEQUELAS PULMONARES DE TUBERCULOSE**

**Critérios de encaminhamento**

- Pacientes que tenham indicação para o tratamento cirúrgico e que apresentem condições clínicas para o procedimento cirúrgico.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de tórax, TC, espirometria;
- Descrever sintomas e recorrência destes;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos pneumologistas.



## **5.8. PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE PULMÃO / PLEURA / MEDIASTINO /PAREDE TORÁCICA**

### **Critérios de encaminhamento**

- Encaminhar sempre que houver dúvida diagnóstica e/ou com exame sugestivo de tumor.

**OBS.:** diagnóstico firmado deverá entrar no protocolo de acesso da oncologia;

### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de tórax, TC, RNM;

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS;

## **6. PROTOCOLO DE CONSULTAS E/OU AVALIAÇÃO EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

- Bócio e nódulos de tireoide;
- Hiperparatireoidismo;
- Alterações de parótida, submandibular e glândulas salivares;
- Tumores do seio paranasal e fossa nasal;
- Nódulos e tumores cervicais não tireoidianos;
- Tumores e estenoses de laringe e traqueia cervical;
- Tumores da cavidade oral, faringe e nasofaringe;
- Tumores vasculares ou nervosos cervicais (paragangliomas/ linfangiomas/ hemangiomas).

### **6.1. PROTOCOLO DE ACESSO – BÓCIO E NÓDULOS DE TIREOIDE**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Casos com indicação cirúrgica: suspeita de malignidade; hipertireoidismo de difícil controle clínico, exoftalmia maligna; bócio mergulhante ou com compressões em estruturas nobres como traqueia ou vasos cervicais e esôfago; motivos estéticos.

#### **Evidências clínicas complementares**

- É importante considerar, na abordagem inicial do paciente, a idade e a presença ou não de comorbidades ou doenças associadas, e medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG de tireoide, PAAF, TSH.

#### **Profissionais solicitantes**



- Médicos da atenção primária da rede SUS e especialistas.

## **6.2. PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERPARATIREOIDISMO**

### **Critérios de encaminhamento**

- Encaminhar casos cirúrgicos (PTH alto, cálcio total e iônico altos, fósforo baixo, sintomas renais e osteomusculares);

### **Evidências clínicas complementares**

- É importante considerar, na abordagem inicial do paciente, a idade e a presença ou não de comorbidades ou doenças associadas, e medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Cálcio total e ionizado, PTH, USG de tireoide;

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS e especialistas

## **6.3. PROTOCOLO DE ALTERAÇÕES DA PARÓTIDA E SUBMANDIBULAR E GLÂNDULAS SALIVARES**

### **Critérios de encaminhamento**

- Sialolitíase;
- Sialoadenite de repetição (>3 episódios em um ano);
- Nódulos;

### **Evidências clínicas complementares**

- É importante considerar, na abordagem inicial do paciente, a idade e a presença ou não de comorbidades ou doenças associadas, e medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG de tireoide, PAAF, TSH.
- Descrever presença de diminuição da secretividade salivar;

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS e especialistas

## **6.4. PROTOCOLO DE TUMORES DO SEIO PARANASAL OU FOSSA NASAL**

### **Critérios de encaminhamento**

- Suspeita de doença maligna ou de tumores benignos que necessitam de resolução cirúrgica.

### **Evidências clínicas complementares**

- É importante considerar, na abordagem inicial do paciente, a idade e a presença ou não de comorbidades ou doenças associadas, e medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TC de seios paranasais, rinoscopias.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas

**6.5. PROTOCOLO DE NÓDULOS E TUMORES CERVICAIS NÃO TIREODIANOS**

**Critérios de encaminhamento**

- Suspeita clínica ou por PAAF de doença maligna ou de tumores benignos que necessitam de resolução cirúrgica;
- Suspeita de doença granulomatosa (tuberculose, sarcoidose). OBS: Deve-se afastar DRGE por EDA;

**Evidências clínicas complementares**

- É importante considerar, na abordagem inicial do paciente, a idade e a presença ou não de comorbidades ou doenças associadas, e medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TC de pescoço e tórax, sorologias.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS e especialistas;

**6.6. PROTOCOLO DE TUMORES E ESTENOSES DE LARINGE**

**Critérios de encaminhamento**

- Pacientes com sintomatologia, cirúrgicos e oncológicos;

**Evidências clínicas complementares**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente, a idade e a presença ou não de comorbidades ou doenças associadas, e medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TC de laringe, laringoscopia, biópsia.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas;

**6.7. PROTOCOLO DE TUMORES NA CAVIDADE ORAL, FARINGE (ORO E HIPOFARINGE) E NASOFARINGE**

**Critérios de encaminhamento**

- Suspeita de doença maligna ou de tumores benignos que necessitam de resolução cirúrgica devido aspecto de evolução;

**Evidências clínicas complementares**

- É importante considerar, na abordagem inicial do paciente, a idade e a presença ou não de comorbidades ou doenças associadas, e medicações em uso;



- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TC de face e pescoço, biópsias.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas;

**6.8. PROTOCOLO DE TUMORES VASCULARES OU NERVOSOS  
CERVICAIS**

**Critérios de encaminhamento**

- Suspeita de doença maligna ou de tumores benignos que necessitam de resolução cirúrgica oriundos dos vasos ou nervos cervicais (paragangliomas/ linfangiomas/ hemangiomas).

**Evidências clínicas complementares**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente, a idade e a presença ou não de comorbidades ou doenças associadas, e medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): TC de seios paranasais, TC cervical, endoscopias, RNM cervical;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas;

**7. PROTOCOLO DA ENDOCRINOLOGIA – ADULTO**

**Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta:**

- Diabetes mellitus descompensado;
- Bócio multinodular;
- Hipertireoidismo;
- Hipotireoidismo;
- Nódulos de tireoide;
- Câncer de tireoide;
- Obesidade com IMC  $\geq 35$ ;
- Dislipidemia;
- Alterações no metabolismo ósseo;
- Doenças gonadais;
- Ginecomastia;
- Doenças neuroendócrinas;
- Doença adrenal;
- Hiperandrogenismo.

**Critérios de encaminhamento**

- TSH diminuído;
- Nódulo com indicação de PAAF:
  1. nódulo hipoecoico  $\geq 1$  cm;
  2. iso/hiperecoico  $\geq 1,5$  cm



3. nódulos menores que 1 cm com alguma característica suspeita de malignidade (microcalcificações, margem irregular, vascularização predominante central, linfonomegalia);
- Sintomas compressivos atribuíveis ao bócio ou suspeita de malignidade;
  - Indicação de tratamento cirúrgico ou com iodo radioativo;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e sinais e sintomas;
- Descrever o laudo de exames já realizados: TSH, ultrassom de tireoide. Descrever laudo de PAAF se já realizou;
- História familiar de câncer de tireoide.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da atenção primária da rede SUS;

## **7.1. PROTOCOLO DE ACESSO - HIPERTIREOIDISMO**

**Critérios de encaminhamento**

- Todos os pacientes com TSH suprimido – necessário 2 resultados;

**OBS.:** paciente com características sugestivas de doença de Graves (bócio difuso ou exoftalmia) não é necessária a repetição do exame antes do encaminhamento.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sinais e sintomas, tratamentos realizados, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados: TSH, T4 livre, T3, TRAB.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da atenção primária da rede SUS;

## **7.2. PROTOCOLO DE ACESSO – HIPOTIREOIDISMO**

**Critérios de encaminhamento**

- Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo com T4 livre baixo);
- Paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5mcg/kg de Levotiroxina, quando já avaliada a adesão e uso de medicações ou condições que cursam com alteração do metabolismo/absorções de T4;
- Gestante;
- Pós tireoidectomia por Câncer.

**Conteúdo descritivo mínimo**



- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sinais e sintomas, tempo dos sinais e sintomas, tratamentos realizados, medicações em uso, dose da Levotiroxina em uso e peso do paciente;
- Descrever o laudo de exames já realizados: TSH, T4 livre.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS e especialistas;

### **7.3. PROTOCOLO DE ACESSO – CÂNCER DA TIREÓIDE**

**Critérios de encaminhamento**

- Todos os pacientes com diagnóstico histológico;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sinais e sintomas, tratamentos realizados, comorbidades, medicações em uso, história familiar de câncer de tireoide;
- Descrever o laudo de exames já realizados: anatomopatológico, TSH, T4 livre, ultrassom de tireoide;
- Encaminhar o paciente com o resultado da PAAF e pesquisa de corpo inteiro, se já realizou.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

### **7.4. PROTOCOLO DE ACESSO – OBESIDADE**

**Critérios de encaminhamento**

- Pacientes com suspeita de obesidade secundária (provocada por problemas endocrinológicos como síndrome de Cushing, acromegalia, hipogonadismo, entre outros);
- IMC >35 com comorbidades: HAS, DM, risco cardiovascular, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, doença hepática gordurosa não alcoólica.
- IMC >40 com ou sem comorbidades

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, peso, altura, IMC, comorbidades: HAS, DM, risco cardiovascular, apneia do sono, doenças articulares degenerativas e medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados: glicemia, colesterol, triglicerídeos, TSH, hemoglobina glicada.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da atenção primária da rede SUS;



## **7.5. PROTOCOLO DE ACESSO – DISLIPIDEMIA**

### **Critérios de encaminhamento**

- Casos não responsivos à mudança de estilo de vida e à terapêutica com estatinas após 3 meses e que ainda apresente seus níveis lipídicos fora da meta;
- Pacientes diabéticos com LDL  $\geq 100$  mg/dl;
- Pacientes com IAM e/ou AVC e/ou DAP com LDL  $\geq 70$  mg/dl;
- Triglicérides  $\geq 400$  mg/dl ou LDL  $\geq 200$  mg/dl;

### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de manifestações de alarme assim como o tempo de evolução, comorbidades, medicações em uso;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame.

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da atenção primária da rede SUS;

## **7.6. PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES NO METABOLISMO ÓSSEO**

### **Critérios de encaminhamento**

- Hiperparatireoidismo;
- Hipoparatiroidismo (pós tireoidectomia/ cirurgia cervical ou não)
- Osteoporose grave: densitometria mineral óssea (DMO) com escore T  $-2,5$  DP com uma fratura por fragilidade óssea ou duas ou mais fraturas por fragilidade óssea independente da DMO.
- Suspeita de osteoporose secundária;

### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, comorbidades, medicações em uso;
- Descrever DMO;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame: PTH, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, albumina, densitometria óssea.

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da atenção primária da rede SUS;

## **7.7. PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS GONADAIS**

### **Critérios de encaminhamento**

- Ginecomastia;
- Hipogonadismo masculino com distúrbio no desenvolvimento puberal;
- Hipogonadismo feminino com distúrbio no desenvolvimento puberal e amenorreia, hiperandrogenismo, hirsutismo, virilização.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, comorbidades, medicações em uso.
- Descrever laudo de exames (se já realizados) com data do exame: hemograma, testosterona, b-HCG, TSH, T4 livre, FSH, LH, 17-OH progesterona, prolactina, DHEA, SDHEA, androstenediona, cortisol, estradiol, TC, USG.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS e especialistas;

**7.8. PROTOCOLO DE ACESSO – GINECOMASTIA**

**Critérios de encaminhamento**

- Afastar uso de medicamentos, drogas ilícitas, cirrose, desnutrição, IRC (geralmente associadas a ginecomastia);
- Atentar para sinais de malignidade: lesões unilaterais, massas endurecidas e/ou fixas, descarga mamilar, adenomegalias regionais, massa palpável testicular, suspeita de tumor adrenal.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, comorbidades, medicações em uso;
- Descrever laudo de exames (se já realizados) com data: testosterona, b-HCG, TSH, T4 livre, LH, prolactina, estradiol, HCG, creatinina, cariótipo, USA mamas e mamografia bilateral.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da atenção primária da rede SUS;

**7.9. PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS NEUROENDÓCRINAS / HIPOFISÁRIAS**

**Critérios de encaminhamento**

- Pan-hipopituitarismo (pacientes submetidos a cirurgia hipofisária, pós-trauma crânio-encefálico ou com histórico de irradiação do sistema nervoso central);
- Lesões na topografia da sela túrcica a esclarecer;
- Acromegalia;
- Prolactinoma: galactorreia, amenorreia, prolactina elevada;
- Síndrome de Sheehan: agalactia e amenorreia pós-parto;
- Diabetes insipidus;
- Hipocortisolismo:
- Insuficiência adrenal (doença de Addison): hipotensão, hiperpigmentação, perda de peso;
- Feocromocitoma: hipertensão paroxística com tríade clássica: cefaleia, sudorese, palpitação;
- Hiperaldosteronismo primário;



- Síndrome de Cushing: hipertensão, DM, fraqueza muscular, obesidade.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, tempo de evolução, comorbidades, medicações em uso;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame: RM ou TC crânio, T4livre, TSH, prolactina, IGF-1, cortisol pós dexametasona, testosterona, LH, FSH.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS;

**7.10. PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA ADRENAL**

**Critérios de encaminhamento**

- Incidentaloma adrenal: lesão expansiva adrenal em exame de imagem;
- Lesões em topografia de adrenal a esclarecer;
- Alterações laboratoriais com sintomatologia evidente;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, tempo de evolução, comorbidades, medicações em uso;
- Descrever laudo de exames (se já realizados) com a data quando o paciente realizou o exame: RM ou TC, cortisol pós dose de corticoide, cortisol urinário 24 horas, catecolaminas plasmáticas e urinárias 24 horas, metanefrinas urinárias 24 horas;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS;

**7.11. PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERANDROGENISMO**

**Critérios de encaminhamento**

- Pacientes com sinais clínicos de hiperandrogenismo;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, a presença ou não de sintomas, tempo de evolução, comorbidades, medicações em uso;
- Descrever laudo de exames realizados com a data quando o paciente realizou o exame de perfil hormonal;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da atenção primária da rede SUS;



## **8. PROTOCOLO DE ACESSO PARA CONSULTAS EM HEMATOLOGIA**

### **Doenças e/ou alterações laboratoriais que motivam encaminhamento:**

1. Bicitopenia ou Pancitopenia;
2. Anemia;
3. Eritrocitose;
4. Plaquetopenia;
5. Trombocitose;
6. Leucopenia;
7. Leucocitose;
8. Distúrbios ou manifestações hemorrágicas;
9. Tromboses;
10. Trombofilias;
11. Policitemia vera;
12. Adenomegalias e esplenomegalia
13. Hiperferritinemia com IST- índice de saturação da transferrina- acima de 50%
14. Gamopatia monoclonal (suspeita de Mieloma Múltiplo)
15. Síndromes mi displásicas

### **Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS:**

1. Anemias carências

### **Encaminhar diretamente para onco-hematologia: (confirmado com exames)**

- Leucemias;
- Linfomas;
- Mieloma Múltiplo;
- Neoplasias mieloproliferativas crônicas;
- Mielodisplasias

## **8.1. PROTOCOLO DE ACESSO - BICITOPENIA OU PANCITOPENIA**

### **Critérios de encaminhamento ambulatorial**

- Bicitopenia ou pancitopenia com:
  1. Hemoglobina < 10 mg/dL;
  2. Leucócitos < 3500/mm<sup>3</sup>;
  3. Plaquetas < 100.000.

**OBS.:** A bicitopenia ou a pancitopenia podem ser decorrentes de doenças hematológicas, como Aplasia Medular, Síndromes Mielodisplásicas, Mielofibrose, entre outras, mas também pode ser decorrente de doenças infecciosas, reumáticas, exposição a medicamentos, etc.



### **Evidências clínicas e complementares**

O encaminhamento deve conter, no mínimo:

1. Hemograma;
2. Sempre acrescentar:
  - Contagem de reticulócitos;
  - Cinética do ferro (ferro, ferritina, saturação da transferrina);
  - Marcadores de hemólise (LDH, haptoglobina e bilirrubinas), se houver anemia;
  - Dosagem de vitamina B12, ácido fólico e TSH (se anemia macrocítica);
  - Dosagem de ureia, creatinina, TGO e TGP;
  - Sorologias (HIV, HBV e HCV).
  - Eletroforese de proteínas séricas, em pacientes adultos ou idosos.

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS.

## **8.2. PROTOCOLO DE ACESSO – ANEMIA**

### **Critérios de encaminhamento ambulatorial**

- Anemia é um achado laboratorial muito frequente, e a investigação inicial deve ser feita na UBS, com cinética do ferro, dosagem de vitamina B12, marcadores de hemólise, conforme o caso. Devem ser encaminhados os casos em que seja necessária investigação adicional;
- Grande parte dos casos de anemia podem ser facilmente tratados na UBS, especialmente anemia ferropriva decorrente de sangramentos (ex: anemias decorrentes de SUA – sangramento uterino aumentado);
- Portadores de traço falcêmico ou traço talassêmico não necessitam encaminhamento para consulta com hematologista.

### **Encaminhar:**

- Anemia sem etiologia definida após investigação inicial;
- Anemias refratárias aos tratamentos.
- Anemia Falciforme;
- Hemoglobinopatia SC; Talassemia intermedia ou major;
- Outras hemoglobinopatias.

### **Evidências clínicas e complementares**

O encaminhamento deve conter, no mínimo:

1. Hemograma e reticulócitos;
2. Cinética do ferro (ferro, ferritina, saturação da transferrina);
3. Marcadores de hemólise (LDH e bilirrubinas);
4. Dosagem de vitamina B12, ácido fólico e TSH (se anemia macrocítica).

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS

## **8.3. PROTOCOLO DE ACESSO – ERITROCITOSE**

### **Critérios de encaminhamento ambulatorial**



- Ausência dos fatores causadores de eritrocitose secundária (Vide listagem abaixo);
- Eritrocitose secundária com necessidade de sangria por sintomas de hiperviscosidade.

**Avaliação inicial a ser realizada pela UBS:**

- Eritrocitose (Hb > 16,0 para mulheres; Hb > 16,5 para homens) pode ser decorrente de Policitemia Vera, mas é bem mais frequente a ocorrência de eritrocitose secundária.
- Avaliar a presença de fatores como:
  1. Tabagismo;
  2. Diagnóstico de DPOC ou outras pneumopatias hipoxêmicas crônicas;
  3. História de reposição hormonal com testosterona; Cistos renais.

**Evidências clínicas e complementares**

O encaminhamento deve conter, no mínimo:

1. Hemograma evidenciando a eritrocitose e atentar para causas secundárias como:
2. Se tabagismo, DPOC ou outras pneumopatias hipoxêmicas crônicas: encaminhar apenas se houver necessidade de sangria por sintomas de hiperviscosidade;
3. Se houver diagnóstico de cistos renais: encaminhar apenas se houver necessidade de sangria por sintomas de hiperviscosidade;
4. Se houver reposição hormonal com testosterona: encaminhar apenas se houver necessidade de sangria por sintomas de hiperviscosidade;
5. Ausência dos fatores causadores de eritrocitose secundária: encaminhar para consulta com hematologista.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS.

**8.4. PROTOCOLO DE ACESSO – PLAQUETOPENIA**

**Critérios para encaminhamento**

- Plaquetopenia abaixo de 100.000 em dois hemogramas com intervalo de, no mínimo, 21 dias ou manifestações hemorrágicas decorrentes da plaquetopenia

**OBS.:** Portadores de hepatopatia crônica habitualmente apresentam plaquetopenia, que faz parte do quadro pelo hiperesplenismo, e não há tratamento específico para a plaquetopenia.

**Evidências clínicas e complementares**

- O encaminhamento deve conter, no mínimo, dois hemogramas com intervalo >21 dias, comprovando a plaquetopenia abaixo de 100.000 e:
- Contagem de plaquetas em citrato;
- Sorologias (HIV, HBV e HCV): se alguma for positiva, encaminhar direto para a Infectologia.

**8.5. PROTOCOLO DE ACESSO – TROMBOCITOSE OU PLAQUETOSE**

**Critérios para encaminhamento**



1. Trombocitose acima de 450 mil em dois hemogramas;
2. Trombocitose maior que 1 milhão em apenas um hemograma.

#### **A avaliação inicial a ser realizada pela UBS**

##### **Evidências clínicas e complementares**

- O encaminhamento deve conter, no mínimo, dois hemogramas comprovando a trombocitose (se abaixo de 1 milhão) ou apenas um hemograma se as plaquetas forem superiores a 1 milhão.
- Solicitar USG abdome para avaliar a presença de hepatomegalia ou esplenomegalia, nos casos em que o exame físico não seja suficiente para essa constatação.

##### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Primária da rede SUS

### **8.6. PROTOCOLO DE ACESSO – LEUCOPENIA**

#### **Critérios para encaminhamento**

- Leucócito menor que 3500/mm<sup>3</sup>.

#### **Avaliação inicial a ser realizada pela UBS**

- Leucopenia pode ser decorrente de: Leucemias, Aplasia Medular ou outras formas de falência medular, mas é frequentemente causada por medicamentos, infecções, doenças reumáticas ou ainda pode ser de caráter constitucional ou familiar.

#### **Critérios de encaminhamento para serviço de urgência / emergência**

- Neutropenia febril (< 1000 neutrófilos);
- Neutropenia grave (< 500 neutrófilos).

##### **Evidências clínicas e complementares**

- O encaminhamento deve conter no mínimo um hemograma comprovando a leucopenia e:
  1. Preferencialmente: solicitar FAN e sorologias (HIV, HBV e HCV).

##### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS

### **8.7. PROTOCOLO DE ACESSO – LEUCOCITOSE**

#### **Critérios para encaminhamento**

- Leucocitose não relacionada a quadros infecciosos agudos, > que 12.000.

#### **Avaliação inicial a ser realizada pela UBS**

- Leucocitose sem sinais de infecção pode ser decorrente de: Síndromes Mielo proliferativas ou Linfoproliferativas, e devem ser encaminhadas para investigação sempre que não relacionadas a quadros infecciosos agudos.

##### **Evidências clínicas e complementares**



- O encaminhamento deve conter, no mínimo um hemograma comprovando a leucocitose e:
  1. Preferencialmente: solicitar USG abdome para avaliar a presença de hepatomegalia ou esplenomegalia, nos casos em que o exame físico não seja suficiente para essa constatação.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS.

**8.8. PROTOCOLO DE ACESSO – DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS**

**Critérios para encaminhamento:**

- História pessoal ou familiar de distúrbios hemorrágicos
- Hemartroses em pacientes do sexo masculino
- TAP ou TTPa alargados (acima de 1,5 vezes o valor de referência) em dois exames, com ou sem relato de
- sangramento.

**Avaliação inicial a ser realizada pela UBS**

- Uma boa avaliação do histórico de sangramento do paciente ajuda a identificar os quadros com maior possibilidade de distúrbios hemorrágicos, especialmente considerando o histórico de cirurgias, sangramento em procedimentos invasivos, uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários, além do histórico familiar.

**Evidências clínicas e complementares**

- O encaminhamento deve conter, pelo menos, o histórico que motivou a suspeita de distúrbio hemorrágico e:
  1. Se não houver histórico de sangramentos, e o encaminhamento for apenas por exames de TAP ou TTPa alargados, o exame deve ser repetido antes do encaminhamento.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS e especialistas.

**8.9. PROTOCOLO DE ACESSO – TROMBOSE / TROMBOFILIA**

**Critérios para encaminhamento**

- Histórico de trombose por repetição;
- Trombose sem causa aparente;
- Trombofilias.

**Avaliação inicial a ser realizada pela UBS**

- Históricos de trombose de repetição bem como trombose sem causa aparente devem ser encaminhados para investigação de trombofilia;
- Trombose ocorrida em pós-operatório, ou associada a imobilização de membros inferiores ou internação hospitalar prolongada, não costumam ter indicação de investigação e podem ser tratados na UBS;
- Mulheres com histórico de aborto recorrente de primeiro trimestre devem ser encaminhadas à Ginecologia.

**Evidências clínicas e complementares**

- O encaminhamento deve conter o histórico da trombose e os exames que já tenham sido realizados.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS.

**8.10. PROTOCOLO DE ACESSO – USO DE ANTICOAGULANTE ORAL (SEM HISTÓRICO DE TROMBOSE)**

**Critérios para encaminhamento**

- Pacientes com anti coagulação de difícil ajuste;
- Dificuldade para realização do TAP pela rede;

**Avaliação inicial a ser realizada pela UBS:**

- Muitos pacientes fazem uso de anticoagulantes orais por causas não relacionadas a trombose, especialmente portadores de arritmias como fibrilação atrial e portadores de prótese valvar metálica.
- O acompanhamento regular deve ser encorajado a ser realizado pelas UBS, com realização de TAP e consultas com intervalos de cerca de 60 dias, ou menor se necessário. Pacientes com controle difícil ou localidades que tenham dificuldade de realização do TAP pela rede básica devem ser encaminhados para o ambulatório de anti coagulação do HEMOCENTRO.

**Evidências clínicas e complementares**

- O encaminhamento deve conter o histórico do paciente e os exames que já tenham sido realizados.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas em Hematologia.

**8.11. PROTOCOLO DE ACESSO – ADENOMEGALIAS /ESPLENOMEGALIA**

**Critérios para encaminhamento**

- Adenomegalia ou esplenomegalia com suspeita de doenças hematológicas.

**Avaliação inicial a ser realizada pela UBS**

- Denomegalias são achados frequentes em doenças infecciosas, granulomatosas, além de linfomas.
- Adenomegalias com maior suspeita de malignidade são aquelas endurecidas, aderidas aos planos profundos, com mais de 2 cm de forma persistente ou em crescimento progressivo.
- Esplenomegalia pode estar presente em doenças mielo proliferativas, linfoproliferativas, doenças infecciosas, mas também pode ser causada por hepatopatia crônica devido à hipertensão portal. Neste caso não há necessidade de encaminhamento ao hematologista.



#### **Evidências clínicas e complementares**

- O encaminhamento deve conter a descrição de exame físico da adenomegalia ou esplenomegalia e:
  1. Hemograma;
  2. Sorologias (HIV, HBV e HCV): se alguma positiva encaminhar direto para a serviço de urgência / emergência.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Primária da rede SUS.

### **8.12. PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERFERRITINEMIA**

#### **Critérios para encaminhamento**

1. Elevação da ferritina e:
  - a. Saturação da transferrina > 45% ou;
  - b. Saturação da transferrina < 45% com ferritina superior a 1000 ou;
  - c. Saturação da transferrina < 45% com exame de imagem comprovando aumento do depósito hepático ou cardíaco de ferro.
  - d. Saturação da transferrina < 45% com exame de imagem comprovando aumento do depósito hepático ou cardíaco de ferro.
  - e. Diagnóstico confirmado de Hemocromatose.

#### **Avaliação inicial a ser realizada pela UBS**

- Hiperferritinemia pode ser decorrente de sobrecarga de ferro por excesso de transfusões ou por hemocromatose hereditária, mas é bem mais comum a ocorrência de elevações inespecíficas da ferritina, especialmente na Síndrome Metabólica ou como reagente de fase aguda em doenças infecciosas ou inflamatórias.
- O Índice de Saturação da Transferrina é essencial para ajudar na avaliação da hiperferritinemia.

#### **Evidências clínicas e complementares**

O encaminhamento deve conter ferritina e saturação de transferrina;

1. Ou exame de imagem comprovando aumento do depósito hepático ou cardíaco de ferro.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS.

### **8.13. PROTOCOLO DE ACESSO – GAMOPATIA MONOCLONAL / SUSPEITA DE MIELOMA MÚLTIPLO**

#### **Critérios para encaminhamento**

- Eletroforese de proteínas (sangue ou urina) com o pico monoclonal.

#### **Avaliação inicial a ser realizada pela UBS**



- A eletroforese de proteínas que representa potencial existência de Mieloma Múltiplo é a que contém pico monoclonal. Hipergamaglobulinemia policlonal não representa qualquer relevância clínica para suspeita de Mieloma Múltiplo.
- Aproximadamente 1% da população pode ter gamopatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS), devendo ser avaliado pelo hematologista para o diagnóstico exato da Gamopatia Monoclonal.
- O pico monoclonal pode estar presente na Eletroforese de Proteínas Séricas ou na Eletroforese de Proteínas Urinárias (urina de 24h)

#### **Evidências clínicas e complementares**

- O encaminhamento deverá conter a eletroforese de proteínas (sangue ou urina) com o pico monoclonal e:
- Hemograma;
- Ureia, creatinina, cálcio.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Primária da rede SUS.

## **9. PROTOCOLO DE ACESSO – CONSULTA EM NEUROLOGIA ADULTO**

#### **Critérios de encaminhamento:**

- Cefaleia crônica, refratária ou associada a abuso medicamentoso;
- Distúrbios do movimento (distúrbios do equilíbrio com quedas frequentes, distonias, doença de Parkinson e parkinsonismo a esclarecer, tremor Essencial de difícil controle, ataxias a esclarecer, coreias/balismos etc.);
- Doenças neuromusculares e neuro genéticas (dores neuropáticas refratárias, parestesias recorrentes e/ou progressivas, paraplegias e paresias, esclerose lateral amiotrófica, suspeita de miopatias, Miastenia Gravis e outros transtornos neuromusculares, amiotrofias espinhais e síndromes correlatas, polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico- SNP, doenças neuro genéticas);
- Alteração progressiva de funções cognitivas;
- Neurocisticercose ativa;
- Síndromes demenciais (demências primárias ou secundárias com dúvida diagnóstica e demência rapidamente progressiva);
- Autismo e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade graves, com prejuízo na vida escolar e/ou ocupacional e farmacorresistente;
- Epilepsia não controlada ou com fatores específicos
- Esclerose múltipla e outras doenças desmielinizantes / neuro imunológicas;
- Vertigem de origem central;
- Distúrbios do sono;



**Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS:**

- Transtorno psiquiátricos (exceto em casos em que há lesão estrutural no SNC, e antes o paciente deverá ser avaliado pela saúde mental antes do encaminhamento formal);
- Queixas somáticas sem explicação médica;
- Epilepsia controlada;
- Tontura;
- Prevenção primária e secundária das doenças neuro vasculares;
- Cefaleia primária típica (enxaqueca/migrânea, tensional, em salvas) e episódica, sem abuso medicamentoso;
- Paralisia facial periférica;
- Neuro-cisticercose calcificada;
- Alzheimer controlado com medicação;

**9.1. PROTOCOLO DE ACESSO - CEFALEIA**

**Indicações**

- Cefaleia de difícil controle, associado a abuso medicamentoso, em dúvida diagnóstica;
- Dor refratária ao tratamento sintomático há mais de 3 meses;
- Sinais de alerta: história de alterações sensitivo-motoras, visuais, marcha, equilíbrio, perda de consciência ou evolução progressiva, alteração do exame neurológico, alteração dos sinais vitais ou suspeita de cefaleia secundária;
- Sintomas associados como lacrimejamento, sudorese, HAS descompensada, vômitos persistentes, doenças crônicas e uso de polifármacos;
- Enxaquecas e eventos similares, com suspeita diagnóstica.

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente: a idade, localização, característica da cefaleia, tempo de evolução, pressão arterial e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: TC de crânio ou RM de encéfalo.

**Profissionais solicitantes:**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS;

**9.2. PROTOCOLO DE ACESSO TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS  
CONVERSIVOS E SOMATOFORMES**

**Critérios de encaminhamento**

- Todos os casos de intensidade moderada a grave (conforme DSM-V).

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, data de início dos sintomas; definir sintomatologia, presença ou não de complicações, doenças associadas e medicações em uso.
- Elencar terapias que já foram utilizadas no paciente;
- Elencar comorbidades presentes;



- Elencar fatores de risco frente a patologia como: ideação suicida, agressividade, alucinações, delírios.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da atenção primária da rede SUS;

**9.3. PROTOCOLO DE ACESSO - DISTÚRBIOS DO MOVIMENTO**

**Indicações:**

- Distúrbios do equilíbrio com quedas frequentes;
- Distonias;
- Doença de Parkinson e parkinsonismo inicial e não complicado;
- Tremor essencial de difícil controle (que curse com prejuízo das atividades de vida diárias e refratária a tratamento sintomático);
- Ataxias a esclarecer;
- Coreias/balismos;
- Doença de Wilson.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: RM crânio, exames laboratoriais.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**9.4. PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇAS NEUROMUSCULARES E NEUROGENÉTICAS**

**Indicações:**

- **Encaminhar casos tratados e descompensados de:**
  1. Dores neuropáticas refratárias;
  2. Parestesias recorrentes, progressivas;
  3. Paraplegias e paresias;
  4. Esclerose lateral amiotrófica (CID-10: G12.2);
  5. Suspeita de miopatias, Miastenia Gravis, outros transtornos neuromusculares (CID-10: todas as doenças incluídas em G70 até G73) Amiotrofias espinhais e síndromes correlatas (CID-10: todas as doenças incluídas em G12 até G13);
  6. Polineuropatias e outros transtornos do SNP (CID-10: todas as doenças incluídas em G13, G50 até G59 e G60 até G64);
  7. Doenças neuro genéticas (CID-10: E71 até E77, E80.2, E83, E85, G10-G11).

**Conteúdo descritivo mínimo:**



- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: TC / RM da área afetada, ENMG, TC tórax.
- Todas as doenças incluídas no CID-10 G30 - G32.
  1. Alteração progressiva da memória recente com ou sem alteração de comportamento;
  2. Afecções incluídas em síndromes demenciais.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**9.5. PROTOCOLO DE ACESSO - ALTERAÇÃO PROGRESSIVA DA FUNÇÃO COGNITIVA**

**Indicações:**

- Alteração progressiva da função cognitiva (memória, cálculo, viso-construção, função executiva, praxia, gnosia, juízo, atenção e alteração do comportamento).

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar escores pertinentes ao quadro de perda da função cognitiva;
- Informar laudo de exames já realizados: TC crânio.

**Profissionais solicitantes:**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS.

**9.6. PROTOCOLO DE ACESSO - NEUROCISTICERCOSE**

**Indicações**

- Todos os casos de neurocisticercose ativa (agente viável/ escólex vivo).

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: TC/RM crânio.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**9.7. PROTOCOLO DE ACESSO – EPILEPSIA**

**Indicações**



- Crises epilépticas de difícil controle (após uso de duas medicações anti-crise adequadas e em dose plena);
- Suspeita/investigação de epilepsia/ síncope;
- Crises como componentes de síndromes neurológicas;

**OBS.:** Pacientes com múltiplas crises e alterações ao exame neurológico ou mais de uma crise em 24 horas devem ser encaminhadas a um serviço de emergência.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: TC crânio, RM de crânio e EEG;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS.

**9.8. PROTOCOLO DE ACESSO - ESCLEROSE MÚLTIPLA E OUTRAS DOENÇAS DESMIELINIZANTES DO SNC**

**Indicações**

- Todos os casos de doenças incluídas como Esclerose múltipla, CID-10 G36 e G37.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: RM crânio, líquido, potencial evocado.

**Profissionais solicitantes:**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS.

**9.9. PROTOCOLO DE ACESSO - VERTIGEM DE ORIGEM CENTRAL**

**Indicações:**

- Vertigem incapacitante, que impeça o paciente de realizar as atividades do dia a dia, associadas a náuseas e vômitos;
- Vertigem associada a perda auditiva ou outro sinal neurológico focal;
- Vertigens que não responderam ao tratamento clínico e/ou manobra de Epley.

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: RM crânio, líquido, potencial evocado.

**Profissionais solicitantes:**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS.



## **9.10. PROTOCOLO DE ACESSO - DISTÚRBIOS DO SONO E PARASSONIAS**

### **Indicações**

- Narcolepsia, síndrome das pernas inquietas, insônia resistente à medicação, sonambulismo e paralisia do sono.

### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: RM crânio, líquido, potencial evocado.

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS.

## **9.11. PROTOCOLO DE ACESSO- DEMÊNCIAS**

### **Indicações**

- Todas as doenças incluídas no CID-10 G30 - G32.
  1. Alteração progressiva da memória recente com ou sem alteração de comportamento;
  2. Afecções incluídas em síndromes demenciais.

### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados.

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

## **10. PROTOCOLO DE ACESSO – NEUROCIRURGIA ADULTO**

### **10.1 PROTOCOLO DE ACESSO -NEUROCIRURGIA - COLUNA**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Tuberculose da coluna vertebral;
- Síndrome de Chiari;
- Doenças da junção craniocervical;
- Cordotomias;
- Traumatismo raquimedular;
- Hérnia de disco com indicação cirúrgica;
- Instabilidade da coluna;



- Mielopatias.

OBS: Encaminhar as patologias acima somente na ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.

**Evidências clínicas e complementares**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: TC/ RM da área afetada.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

**10.2 PROTOCOLO DE ACESSO-NEUROCIRURGIA -TUMOR**

**Critérios de encaminhamento**

- Tumor cerebral;
- Tumor das meninges;
- Tumor da base do crânio;
- Neurinoma do acústico;
- Tumor da pineal;
- Tumor medular;
- Tumor da coluna vertebral;
- Linfoma, mieloma;
- Cisto intracraniano;
- Metástase cerebral.

**Evidências clínicas e complementares**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: TC?RM crânio ou da área afetada.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

**10.3 PROTOCOLO DE ACESSO -TUMOR/NEURALGIA DO TRIGÊMEO**

**Critérios de encaminhamento**

- Suspeita diagnóstica (dor crônica);
- Diagnóstico confirmado de neuralgia do trigêmeo com ausência de resposta ao tratamento clínico;
- Tumores SNC.



### **Evidências clínicas e complementares**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: TC/ RM crânio. **PROFISSIONAIS SOLICITANTES**
- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

## **10.4 PROTOCOLO DE ACESSO -NEUROCIRURGIA ENDOVASCULAR**

### **Critérios de encaminhamento**

- Aneurismas cerebrais (para embolizações);
- Malformações arteriovenosas medulares e cerebrais (para embolizações);
- Fístulas arteriovenosas medulares e cerebrais (para embolizações);
- Tumores cerebrais (para embolizações)
- Tumores de cabeça e pescoço (para embolizações);
- Tumores de coluna (para embolizações);
- Epistaxe (para embolizações);
- Tratamento endovascular para o Acidente vascular isquêmico;
- Estenose de troncos supra aórticos (A. carótida, vertebral) para angioplastia, stent;
- Estenose intracraniana (para angioplastia, stent);
- Vasoespasma cerebral (para angioplastia);
- Pacientes para vertebroplastia de coluna, infiltrações em coluna e arteriografia cerebral, de cabeça e pescoço e de coluna.

### **Evidências clínicas e complementares**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, localização da lesão, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: TC/RM crânio, hemograma, coagulograma.
- **Profissionais solicitantes**
- Médicos da Atenção Básica e especialistas

## **11. PROTOCOLO DE ACESSO E REGULAÇÃO - CONSULTA EM UROLOGIA ADULTO**

### **Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta**

- Litíase renal/ ureteral/vesical;
- Retirada de Cateter Duplo J;



- Cistos renais simples;
- Hematúria;
- ITU de repetição;
- Cisto epidídimo / epididimite;
- Varicocele;
- Hidrocele;
- Fimose;
- Hipospádia;
- Criptorquidia;
- Hiperplasia prostática benigna (HPB);
- Incontinência urinária;
- Fístula vesical;
- Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) não resolvidos na UBS;
- Estenose de uretra;
- Vasectomia (PLANEJAMENTO FAMILIAR);
- Adenoma adrenal funcionante;
- Micro litíase testicular;
- Ureterocele;
- Angiomiolipoma;
- Neoplasias do sistema urogenital (câncer da próstata, cancer do rim, câncer de bexiga, cancer do pênis, cancer do testículo);

**Podem ser acompanhados/tratados em uma unidade básica de saúde:**

- IST;
- Litíase renal ASSINTOMÁTICA menor que 10 mm.
- Cistos renais simples

**11.1. PROTOCOLO DE ACESSO - LITÍASE RENAL**

**Indicações**

- Cálculo renal sintomático.
- Cálculo renal assintomático maior que 10 mm.

**Situações que devem ser encaminhadas para unidades de emergência:**

- Casos com obstrução de trato urinário provocando sepse urinária.
- Obstrução ureteral bilateral – independente do tamanho do cálculo (confirmar com exame de imagem: seja ultrassonografia ou tomografia)
- Hidronefrose bilateral – confirmado por exame de imagem seja ultrassonografia ou tomografia.
- Pacientes com RIM ÚNICO apresentado uterolitiase independente do tamanho
- Pacientes com ureterolitiase em rim transplantado.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas, se presentes, incluindo os sinais de alarme apresentados abaixo;
- Resultado de exame de creatinina sérica, com data;



- Laudo completo de USG de vias urinárias ou TC de abdome, com descrição dos cálculos urinários (tamanho, densidade, localização) e possíveis ectasias, com data;
- Informar quais os tratamentos já realizados para litíase renal e analgesia. Atentar para a presença dos seguintes sinais de alarme, que podem alterar a classificação de risco do paciente:
- Crises recorrentes de cólica renal
- Infecção urinária recorrente
- Hidronefrose
- Estenose da junção pieloureteral
- História documentada de rim único ou transplantado renal
- Malformações renais
- Nefrectomia por falência renal

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**11.2. PROTOCOLO DE ACESSO - LITÍASE URETERAL**

**Indicações**

- Casos sintomáticos;
- Cálculo maior que 10 mm;
- Cálculo entre 4 e 10 mm que não foi eliminado após seis semanas de tratamento medicamentoso;

**Conteúdo descritivo mínimo**

Descrever os sinais e sintomas, se presentes;

- Laudo completo de USG de vias urinárias ou TC de abdome, com descrição dos cálculos urinários (tamanho, densidade, localização) e possíveis ectasias, com data;
- Informar quais os tratamentos já realizados para litíase ureteral e analgesia.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**11.3. PROTOCOLO DE ACESSO - LITÍASE RENAL**

**Indicações**

- Todos os casos

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas, se presentes;
- Laudo completo de USG de vias urinárias ou TC de abdome, com descrição dos cálculos urinários (tamanho, densidade, quantidade e localização), com data.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;



#### **11.4. PROTOCOLO DE ACESSO - RETIRADA DE CATETER DUPLO J**

##### **Indicações**

- Todos os casos;

##### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas, se presentes;
- Laudo completo de USG de vias urinárias ou TC de abdome, com data.
- Descrever data da inserção do cateter e motivo detalhado, com função renal;

##### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

#### **11.5. PROTOCOLO DE ACESSO – CISTOS RENAIIS SIMPLES**

##### **Indicações**

- Cistos simples sintomáticos (Bosniak I e II) e angiomiolipoma.

##### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas, como dor lombar, hematúria ou obstrução de via urinária;
- Resultado de exame de creatinina sérica, com data;
- Laudo completo de USG de vias urinárias ou TC de abdome, com descrição dos cistos (quantidade, tamanho, localização, classificação de Bosniak) e possíveis ectasias, com data.

##### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

#### **11.6. PROTOCOLO DE ACESSO - HEMATURIA**

##### **Indicações**

- Hematúria persistente, confirmada em dois exames de urina com 8 semanas de intervalo entre os mesmos, e com pesquisa de hemácias dismórficas negativa;
- Adultos maiores que 35 anos com hematúria macroscópica confirmado por exame de urina ou documentada pelo paciente (exemplo: fotografia).
- Presença de alterações em USG de vias urinárias ou TC de abdome.

##### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas, como disúria, polaciúria, dor lombar;
- Resultado de dois exames de urina com intervalo mínimo de 8 semanas entre eles, evidenciando hematúria em ambos;
- Resultado de pesquisa de hemácias dismórficas, urocultura, ureia e creatinina, com data;
- Laudo completo de USG de vias urinárias ou TC de abdome, com descrição da alteração anatômica que justifica a hematúria, com data.

##### **Profissionais solicitantes**



- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

### **11.7. PROTOCOLO DE ACESSO – INFECÇÃO URINÁRIA RECORRENTE**

#### **Indicações**

- Antecedentes de dois ou mais episódios de ITU em seis meses ou três ou mais episódios em um ano, com demonstração objetiva de resolução de cada um dos episódios após tratamento (tratamento deve ser descrito como);

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Número de infecções urinárias nos últimos 12 meses;
- Descrever os sinais e sintomas, se presentes;
- Descrever medicações utilizadas em ITU prévia, como tempo de tratamento;
- Alterações em exames de urina e uroculturas, com data;
- Laudo completo de USG de vias urinárias, com data, quando disponível;
- Informar se foi realizada profilaxia para infecção urinária recorrente e como foi feita (medicamento, dose e posologia).

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS;

### **11.8. PROTOCOLO DE ACESSO – CISTO DE EPIDÍDIMO/EPIDIDIMITE**

#### **Indicações**

- Todos os casos;

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a suspeita diagnóstica.
- Descrever os sinais e sintomas, se presentes;
- Descrever os exames complementares: laudo completo de USG de bolsa escrotal, com data.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

### **11.9. PROTOCOLO DE ACESSO – VARICOCELE**

#### **Indicações**

- Varicocele associada à dor escrotal, atrofia testicular ou alteração do espermograma.
- Infertilidade Conjugal pelo fator masculino

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas, incluindo história de infertilidade Espermograma e laudo completo de USG de bolsa escrotal, com data.
- Encaminhar todos os casos com ecodoppler de bolsa escrotal e espermograma.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**11.10. PROTOCOLO DE ACESSO – HIDROCELE**

**Indicações**

- Todos os casos.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas;
- Laudo completo de USG de bolsa escrotal, com data.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

**11.11. PROTOCOLO DE ACESSO – FIMOSE**

**Indicações**

- Todos os casos;
- Antecedentes de 2 ou mais casos de balanopostite infecciosa;
- Balanopostites com alterações penianas crônicas, como fimoses severas.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas;
- Número de balanopostites prévias (se houver).

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS.

**11.12. PROTOCOLO DE ACESSO – HIPOSPÁDIA**

**Indicações**

- Todos os casos.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a suspeita diagnóstica;
- Não é necessário exames complementares.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**11.13. PROTOCOLO DE ACESSO – CRIPTORQUIDIA**

**Indicações**

- Todos os casos.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Exame físico da região genital;



- Laudo completo de USG de bolsa escrotal.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**11.14. PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA**

**Indicações**

- Controle inadequado dos sintomas do trato urinário inferior apesar de tratamento farmacológico otimizado;
- Episódio de retenção urinária em paciente com hiperplasia prostática benigna, após avaliação de emergência;
- HPB associada à infecção urinária recorrente;
- HPB associada à hematúria macroscópica persistente
- HPB associada à litíase vesical;
- Doença renal crônica associada à obstrução prostática, levando à hidronefrose ou alto volume residual pós miccional;
- Sintomas de prostatismo;
- Alteração do PSA em relação à idade;
- Alteração no toque retal.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas, como jato urinário fraco ou intermitente, esforço miccional, sensação de esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência, incontinência, noctúria ou retenção urinária;
- Descrever o resultado do toque retal (tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria, nódulo ou sangramento);
- Resultado de exame de PSA total, creatinina sérica e parcial de urina, com data;
- Laudo completo de USG de vias urinárias e próstata, com data;
- Informar quais os tratamentos já realizados para HPB, como medicações e procedimentos;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS;

**11.15. PROTOCOLO DE ACESSO – INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

**Indicações**

- Incontinência urinária de esforço ou urgência miccional em homens e mulheres;
- Incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico otimizado por pelo menos três meses;
- Prolapsos genitais.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade de início, tipo de incontinência (repouso, esforço) e a presença ou não de sintomas (urgência, polaciúria, retenção urinária) e manifestações de alarme, comorbidades.



- Informar a idade de início, tipo de incontinência (repouso, esforço ou mista), a presença ou não de sintomas (urgência, polaciúria, retenção urinária), história obstétrica e ginecológica e comorbidades;
- Informar possíveis medicações em uso que afetem a continência urinária;
- Informar quais os tratamentos conservadores, medicamentosos ou cirúrgicos já realizados, e por quanto tempo;
- Descrição do exame pélvico (presença e grau de prolapso);
- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG, TC, PSA, parcial de urina e urocultura.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**11.16. PROTOCOLO DE ACESSO – FÍSTULA VESICAL**

**Indicações**

- Todos os casos.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história clínica, sintomas como cirurgias prévias.
- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG, parcial de urina, creatinina, uretrografia, hemograma, coagulograma.

**Profissional solicitante:**

- Médico da Atenção primária da rede SUS

**11.17. PROTOCOLO DE ACESSO – INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (IST)**

**Indicações**

- IST`s não tratadas na atenção básica;
- Lesões penianas;
- Uretrite ou úlceras genitais sem resposta ao tratamento inicial na UBS;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Informar história clínica e sintomas;
- Triagem para IST (HIV, Hepatites B e C, Sífilis);
- Bacterioscopia de secreção uretral, parcial de urina.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção Primária da rede SUS;

**PROTOCOLO DE ACESSO – ESTENOSE DE URETRA**

**Indicações**

- Todos os casos.



**Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas, como jato urinário fraco ou intermitente, esforço miccional, sensação de esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência, incontinência, noctúria ou retenção urinária;
- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG do aparelho urinário, uretrocistografia miccional e cistoscopia.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS;

**11.18. PROTOCOLO DE ACESSO – VASECTOMIA**

**Indicações**

- Homens com capacidade civil plena, maiores de 21 anos, ou com pelo menos 2 filhos vivos e observado pelo menos 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico (manifestação escrita);
- Risco à vida da mulher ou do futuro conceito testemunhado por relatório escrito por dois médicos;
- Contraindicações para gravidez;
- Contraindicações para uso de outros métodos anticoncepcionais.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- O encaminhamento deve ocorrer após a assinatura da Declaração de participação no planejamento familiar e do Termo de consentimento informado.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS;

**11.19. PROTOCOLO DE ACESSO – INFERTILIDADE MASCULINA**

**Indicações**

- Paciente masculino que esteja tentando constituir prole, sem método contraceptivo, por pelo menos 1 ano, com frequência sexual regular e parceira em investigação ginecológica em paralelo.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- História reprodutiva – frequência e tempo de coito, duração da infertilidade e fertilidade prévia, doenças médicas sistêmicas, cirurgias prévias e história sexual, incluindo infecções sexualmente transmissíveis;
- Descrever uso de medicamentos ou terapias hormonais que possam alterar qualidade do espermograma;
- Descrever exames complementares quando disponíveis: espermogramas, dosagens hormonais, com data, USG doppler dos testículos.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS;



## **11.20. PROTOCOLO DE ACESSO – PEQUENA CIRURGIA UROLÓGICA**

### **Indicações**

- Fimose, vasectomia e hidrocele.

### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever sinais e sintomas;
- Resultado de exames. No caso de hidrocele é necessário laudo de US.

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS;

## **11.21. PROTOCOLO DE ACESSO – GINECOLOGIA / UROLOGIA**

### **Indicações**

- Incontinência urinária, cistocele, retocele, enterocele e prolapsos uterino e vesical.

### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever sinais e sintomas, assim como exame físico detalhado da região;
- Resultado de exames. (USG, TC, Estudo Urodinâmico – este último se disponível)

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS;

## **11.21. PROTOCOLO DE ACESSO – DISFUNÇÃO ERÉTIL**

### **Indicações**

- Disfunção erétil refratária ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por 6 meses;
- Disfunção erétil e contraindicação/efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5;
- Todos os casos com comorbidades tratadas previamente.

### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas, como jato urinário fraco ou intermitente, esforço miccional, sensação de esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência,
- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de doenças de base na disfunção erétil: DM, HAS, cardiopatia isquêmica, arteriosclerose, hiperlipidemia, endocrinopatias, depressão ou alcoolismo;
- Descrever exames complementares quando disponíveis (com data): dosagens hormonais, USG com Doppler, arteriografia;
- Tratamentos já realizados para disfunção erétil. (incluindo terapia psicológica);

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS;



### **11.22. PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA DE PEYRONI (ANDROLOGIA)**

#### **Indicações**

- Todos os casos.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas, como jato urinário fraco ou intermitente, esforço miccional, sensação de esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência,
- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a hipótese diagnóstica de dor ou tortuosidade peniana na ereção.
- Descrever exame físico da região genital.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS.

### **11.23. PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIA DE BEXIGA**

#### **Indicações**

- Todos os casos suspeitos.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sintomas (hematúria, disúria, urgência, polaciúria, massa supra púbica) e manifestações de alarme (massa, emagrecimento);
- Informar a presença ou não de fatores de risco (tabagismo, exposição ocupacional a aminas aromáticas, radioterapia pélvica prévia);
- Descrever exames complementares: USG de rins, vias urinárias
- Não é necessária biópsia ou resultado de anatomia patológica para encaminhar para serviço de referência.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

### **11.24. PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIA DOS RINS**

#### **Indicações**

- Encaminhar todos os casos suspeitos e/ou diagnosticados;
- Lesões sólidas ou cistos renais complexos (classificação de Bosniak III e IV).

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas, como jato urinário fraco ou intermitente, esforço miccional, sensação de esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência;
- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sintomas (hematúria, dor lombar e massa palpável (Tríade Clássica), associados ao crescimento local, hemorragia, emagrecimento, febre, sudorese



noturna, hipertensão ou varicocele, síndrome paraneoplásica e doença metastática).

- Descrever exames complementares: exame de imagem (TC ou USG) sugestivos de lesão tumoral.
- Não é necessário biópsia ou resultado de anatomia patológica para encaminhar para serviço de referência.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**11.25. PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIA DE PROSTATA**

**Indicações**

- Encaminhar todos os casos suspeitos e/ou diagnosticados: PSA elevado, alteração no toque retal e/ou biópsia com diagnóstico.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas, como jato urinário fraco ou intermitente, esforço miccional, sensação de esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência, incontinência, noctúria ou retenção urinária;
- Descrever o resultado do toque retal (tamanho estimado da próstata, consistência, presença de assimetria ou nódulo);
- Resultado de PSA total (preferencialmente curva), creatinina sérica e parcial de urina, com data;
- Laudo completo de USG de vias urinárias ou de próstata transretal, com data;
- Resultado de biópsia prostática, se disponível;
- ENCAMINHAR TODOS OS PACIENTES COM PSA E BIÓPSIA.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**11.26. PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIA DOS TESTÍCULOS**

**Indicações**

- Encaminhar todos os casos suspeitos.
- Aumento de volume/massa testicular com crescimento rápido.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de sintomas (massa testicular, hidrocele, dor lombar ou abdominal, gânglio supraclavicular, ginecomastia ou antecedente de trauma escrotal).
- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG de bolsa escrotal com Doppler, marcadores (se alteração): beta-HCG, alfafetoproteína, LDH com data.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;



### **11.27. PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIA DO PÊNIS**

#### **Indicações**

- Encaminhar todos os casos suspeitos.
- Aumento de volume/massa testicular com crescimento rápido.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever os sinais e sintomas, como lesão superficial, ulcerada ou vegetante, de odor fétido, em glândula, prepúcio, haste peniana ou escroto;
- Tratamentos locais já realizados;
- Resultado de biópsia, se disponível, mas não obrigatório.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

### **11.28. PROTOCOLO DE ACESSO – UROLOGIA GINECOLÓGICA**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Incontinência urinária aos esforços não resolvida após avaliação do médico ginecologista de referência do município;
- Falha terapêutica após o tratamento de primeira linha com fisioterapia pélvica;
- Pacientes que não toleraram a fisioterapia pélvica
- Distopias ginecológicas sintomáticas ou importantes avaliadas pelo médico ginecologista de referência da unidade de saúde.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas;
- Elencar medicações de uso contínuo;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG de mamas e mamografia para maiores de 40 anos, exames laboratoriais com exames hepáticos e hormonais masculinos e femininos, Estudo urodinâmico se possível, mas não necessário.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS

### **12. PROTOCOLO DE ACESSO - CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR ADULTO - MÉDIA COMPLEXIDADE**

#### **Critérios de encaminhamento**

##### **Pacientes portadores das patologias:**

- Insuficiência venosa crônica (IVC) com úlceras.
- Varizes Pélvicas ou Síndrome da Congestão Pélvica;
- TVP e Síndrome Pós-Trombótica;
- Pé diabético;



- DAOP: Isquemia crítica, claudicação intermitente e os assintomáticos, mas sabidamente portadores da doença.
- Pós-operatório de doença arterial – Angioplastia ou convencional
- Aneurisma de Aorta torácica descendente e abdominal

**OBS.:** Aneurisma e dissecação de aorta ascendente são patologias para cirurgia cardíaca.

- Aneurismas viscerais: Renal, esplênico etc.
- Aneurismas periféricos: Ilíaco, femoral, poplíteo etc.
- Estenose das artérias carótidas.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção básica da rede SUS;

**12.1. PROTOCOLO DE ACESSO – INSUFICIÊNCIA VASCULAR CRÔNICA**

**Indicações**

- Úlcera venosa crônica refratária ao tratamento conservador por 6 meses ou mais.
- Úlcera venosa crônica CEAP 5 e 6 para tratamento inicial

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Sinais e sintomas (dor em repouso ou aos movimentos, fator de alívio; lesão trófica; pulsos periféricos; edema; úlcera - ativa ou não, número de úlceras abertas e cicatrizadas, tamanho e tempo de evolução; tempo de evolução da doença; classificação de risco para neuropatia diabética; CEAP).
- Relatar tratamentos realizados (medicamentos utilizados e tempo de uso, uso regular de terapias compressivas - como meias ou ataduras elásticas, elevação dos membros inferiores, atividade física, entre outros);
- Laudo médico e/ou de exames já realizados, com data (ecodoppler venoso);
- Presença ou não de complicações ou doenças associadas;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**12.2. PROTOCOLO DE ACESSO – VARIZES PÉLVICAS OU SÍNDROME DA CONGESTÃO PÉLVICA**

**Indicações**

- Tratamento endovascular para embolização das varizes pélvicas, que são veias dilatadas, tortuosas e insuficientes que aparecem na região da pelve principalmente ao redor dos órgãos femininos: útero, trompas e ovários.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Sinais e sintomas (varicosidades vulvares, sensibilidade à palpação ovariana, dor pélvica crônica, sensação de peso perineal, urgência miccional, dispareunia, dismenorreia, varizes de MMII com recorrência precoce após cirurgia);
- Tratamentos realizados;
- Laudo de exames complementares, com data (ecografia pélvica transvaginal, ecodoppler colorido, ressonância magnética pélvica com contraste, angiotomografia, venografia);



- Presença ou não de complicações ou doenças associadas (ex. varizes e/ou varicosidades em membros inferiores).

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**12.3. PROTOCOLO DE ACESSO – SÍNDROME PÓS TROMBÓTICA**

**Indicações**

- Pacientes com síndrome pós-trombótica, com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa), refratária ao tratamento conservador por 6 meses.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrição do episódio de TEV, localização, conduta realizada na emergência e data;
- Uso de anticoagulante e especificação (INR, se necessário);
- Episódios recorrentes de tromboembolismo venoso;
- Laudo médico e/ou de exames realizados na investigação, com data.
- Fatores de risco ou fatores desencadeantes: idade avançada, câncer, procedimentos cirúrgicos, imobilização, uso de estrogênio, gravidez, distúrbios de hipercoagulabilidade;
- A TVP proximal (acomete veia ilíaca e/ou femoral e/ou poplítea) tem um maior risco de Embolia Pulmonar e de magnitude da Síndrome Pós-Trombótica.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**12.4. PROTOCOLO DE ACESSO – PÉ DIABÉTICO**

**Indicações**

- Presença de infecção e/ou ulceração, de vários graus de doença vascular periférica em pessoas diabéticas, com indicação à consulta ambulatorial com vascular.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Sinais e sintomas (histórico de trauma local ou lesão espontânea, sinais de infecção loco-regional pela presença de eritema, edema, saída de secreção de odor fétido ou não, febre, deformidade, dor, queimação, anestesia ou parestesia);
- Tratamentos realizados (antibiótico e medicação utilizada para DM e demais comorbidades);
- Exames de sangue e laudos de exames complementares e data dos mesmos (inclusive laudo da cultura, se realizada);
- Fatores de risco (controle glicêmico insatisfatório, tabagismo, obesidade, cardiopatia etc.).

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;



### **13.PROTOCOLO DE ACESSO – CONSULTA EM ALTA COMPLEXIDADE NA CIRURGIA VASCULAR**

#### **Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta**

- Neste protocolo de encaminhamento para Cirurgia Vascular - Alta Complexidade foram elencadas as patologias com maior prevalência em tal especialidade, porém outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento:
  1. Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP);
    - a. Observação: protocolo específico para esta patologia à parte
  2. Varizes Pélvicas ou Síndrome da Congestão Pélvica;
  3. Aneurismas Periféricos e de Carótidas;
  4. Aneurismas da Aorta Torácica e/ou Abdominal;
  5. Aneurismas Viscerais e Art. Ilíacas;
  6. Doença Carotídea Extracraniana e das AA. Vertebrais;
  7. Síndrome do Desfiladeiro Torácico;
  8. Malformação arteriovenosa (MAV);
  9. Hemangiomas;
  10. Trauma arterial;
  11. Pé diabético.

#### **Situações que podem ser manejadas nas UBS:**

- Pacientes portadores de aneurisma, assintomáticos, que não possuem fatores de risco para ruptura, fusiformes, com diâmetro máximo menor do que 4 cm (baixo risco de ruptura) - recomenda-se monitoramento com USG em intervalos regulares;
- Pacientes com placas com grau de obstrução inferior a 50%, não devem ser tratados por procedimentos cirúrgicos, nem por cateter (angioplastia com stent). Devem permanecer no tratamento clínico otimizado e serem acompanhados clinicamente;
- Manejo de úlceras não complicadas - Estágio A, Graus 0 a 2;

### **13.1. PROTOCOLO DE ACESSO - EMBOLIZAÇÃO – VARIZES PÉLVICAS OU SÍNDROME DA CONGESTÃO PÉLVICA**

#### **Indicações**

- Pacientes avaliados e encaminhados por médico ginecologista, que apresenta varizes perineais e/ou vulvares, resultantes do refluxo ou obstrução das veias gonadais, glúteas ou peri uterinas, sintomáticas ou não; refratárias ao tratamento



de 6 meses. (após exclusão de outras causas de dor pélvica, como endometriose) para tratamento endovascular.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Sinais e sintomas (varicosidades vulvares, sensibilidade à palpação ovariana, dor pélvica crônica, sensação de peso perineal, urgência miccional, dispareunia, dismenorreia, recorrência precoce de varizes pós cirurgia);
- Tratamentos realizados;
- Laudo de exames complementares, com data (USG pélvica, USG transvaginal, ecodoppler colorido, ressonância magnética com contraste, angiotomografia, venografia);
- Presença ou não de complicações ou doenças associadas;

**Profissionais solicitantes**

- Médico(a) ginecologista ou cirurgião vascular;

**13.2. PROTOCOLO DE ACESSO – MIOMAS UTERINOS – NECESSIDADE DE EMBOLIZAÇÃO**

**Indicações**

- Pacientes portadoras de mioma uterino, com investigação completa, encaminhadas por um médico ginecologista para avaliação para realização de embolização da artéria uterina - após tentativa de tratamento conservador;
- O momento e o tipo da intervenção em mulheres portadoras de mioma(s) uterino(s) devem ser individualizados, realizados pelo médico especialista em ginecologia, baseados nos seguintes fatores: tipo e gravidade dos sintomas, tamanho e localização dos miomas, idade da paciente e de acordo com seus planos obstétricos e reprodutivos.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever sinais e sintomas como: dor pélvica, menorragia, dismenorreia, sensação de pressão suprapúbica e disfunção reprodutiva.
- Relatar quantidade e o período de duração de sangramento (se houver);
- Tratamento(s) clínico(s) e cirúrgico(s) atuais e/ou já realizados;
- Exames complementares de imagem, com laudo e data (obrigatório)
- Presença ou não de complicações ou doenças associadas.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos (as) ginecologistas.

**13.3. PROTOCOLO DE ACESSO – ANEURISMA PERIFÉRICOS E DE CARÓTIDAS**

**Indicações**

- Pacientes portadores de aneurismas periféricos ou de carótidas

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Sinais e sintomas: verificar a pulsatilidade e a expansibilidade desses aneurismas.
- Avaliar sinais de perfusão distal;



- Tratamentos realizados;
- Exames de imagem (com laudo e data);
- Elencar fatores de risco;
- Complicações ou doenças associadas.

**Profissionais solicitantes**

- Médico cirurgião vascular;

**13.4. PROTOCOLO DE ACESSO – ANEURISMA DA AORTA TORÁCICA  
E/OU ABDOMINAL**

**Indicações**

- Aneurisma assintomático e/ou sintomático não-roto da aorta torácica descendente e/ou abdominal.

**Situações que devem ser encaminhadas para emergência**

- Suspeita ou diagnóstico de ruptura de aneurisma da aorta.
- Paciente com aneurisma não roto que apresenta suspeita ou fatores de risco para ruptura iminente/progressão/complicação aguda ou sintomas não controláveis.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Fazer estabilização hemodinâmica inicial do paciente ainda na unidade, porém de maneira a não atrasar a chegada em hospital de referência.
- Sinais e Sintomas: Maioria assintomática. Dor abdominal ou lombar persistente, palpação de massa abdominal pulsátil (inespecíficos), queda de HB, instabilidade hemodinâmica.
- Descrever atendimentos prévios em emergência e condutas;
- Medicamentos em uso e já utilizados;
- Descrever fatores de risco para ruptura, como:
  - Histórico familiar de AAA;
  - HAS
  - Sexo feminino;
  - Presença de válvula aórtica bicúspide;
  - Tabagismo;
  - Aneurisma sacular ou com bolhas;
  - Aumento da rigidez da parede do AAA;
  - Crescimento >0,5cm em 6 meses;
  - Crescimento >1,0cm em 1 ano;
  - Presença de outros aneurismas periféricos;
- Laudo de exames complementares. Os exames de imagem são fundamentais para o rastreamento, diagnóstico e seguimento do AAA (USG), Angio-TC e Angio-RNM ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados).

**Profissionais solicitantes**

- Médico cirurgião vascular;



### **13.5. PROTOCOLO DE ACESSO – ANEURISMA DE ARTÉRIAS VISCERAIS E ILÍACAS**

#### **Indicações**

- Pacientes portadores de aneurismas de artérias viscerais ou ilíacas;

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Sinais e sintomas (Podem apresentar e são relacionados com a sua localização, porém geralmente são assintomáticos).
- Tratamentos realizados;
- Exames complementares, com laudo e data (USG Doppler Arterial, Angio TC, arteriografia, Angio RNM)
- Fatores de Risco
- Complicações ou doenças associadas

#### **Profissionais solicitantes**

- Médico cirurgião vascular;

### **13.6. PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇA CAROTÍDEA EXTRACRANIANA E DAS AA. VERTEBRAIS**

#### **Indicações**

- Estenose de carótidas ou vertebrais, com indicação de tratamento cirúrgico;

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Sinais e sintomas: correspondem aos eventos isquêmicos (AVC e/ou AIT), nos últimos 6 meses. Pode ocorrer amaurose fugaz, placas de Hollenhorst e retinopatia de estase venosa são preditores negativos;
- Presença de AVC ou AIT prévios e data do evento;
- Tratamento atual e prévio;
- Laudo de ecodoppler de carótidas e de outros exames complementares (Angio TC, Arteriografia), com data (se houver);
- Elencar fatores de Risco;

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos cirurgião vascular, cardiologista, neurologista ou neurocirurgião

### **13.7. PROTOCOLO DE ACESSO - SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO (SDT)**

#### **Indicações**

- Paciente que apresenta compressão anormal dos vasos subclávio-axilares, na região cérvico-torácica, sem resposta ao tratamento clínico (medicação e fisioterapia), durante 3 meses.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**



- SDT vascular arterial: dor, palidez, cianose, eritrocianose, parestesia, fadiga, alterações tróficas como úlceras e gangrenas, diminuição da temperatura local. Têm como fator agravante o frio e o exercício.
- O desaparecimento do pulso após manobras pode diferenciar de outras etiologias. Causa principal compressão crônica arterial por anormalidades ósseas.
- SDT vascular venosa (Trombose Venosa De Esforço Ou Síndrome De Paget-Schroetter): sensação de peso, dor e ingurgitamento da extremidade superior, aumento da temperatura da pele, cianose, edema, turgência venosa, especialmente em ombro e região peitoral.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médico cirurgião vascular;

### **13.8. PROTOCOLO DE ACESSO – MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA (MAV)**

#### **Indicações**

- Pessoa portadora de massa vascularizada, de desenvolvimento lento com efeito de massa, podendo estar presente desde a infância precoce ou ao nascimento. Não regredem espontaneamente, e a puberdade ou trauma podem induzir o seu crescimento.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Informar quais os tratamentos já realizados (medicamento, dose, posologia e tempo de uso);
- Sinais e sintomas (massa coberta por pele normal ou angiomatosa, geralmente tensa e brilhante, com aumento do calor, com frêmito e sopro no local). Com a evolução da MAV, as veias de drenagem tornam-se mais evidentes, tortuosas e distendidas.
- Exames complementares, com laudo e data (RNM, TC, ecocolor Doppler);
- Presença ou não de complicações e doenças associadas;
- Tratamentos realizados;
- Medicamentos em uso.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos cardiologista, cirurgião vascular, neurologista ou neurocirurgião

### **13.9. PROTOCOLO DE ACESSO - HEMANGIOMAS**

#### **Indicações**

- Pacientes maiores de 15 anos, que apresentem tumor benigno de células endoteliais extensos ou profundos com envolvimento de outros órgãos, em qualquer localização.
- A conduta terapêutica do hemangioma deverá ser individualizada de acordo com tamanho da lesão, localização, presença ou possibilidade de complicações, potencial para fibrose e deformações permanentes, idade do paciente e taxa de crescimento ou regressão no momento da avaliação – essa determinação é do especialista que irá acompanhar cada caso de forma singular;



**Conteúdo descritivo mínimo**

- Sinais e sintomas;
- Exames complementares, com laudo e data (ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética);
- Presença ou não de complicações e doenças associadas;
- Tratamentos realizados;
- Medicamentos em uso

**Profissionais solicitantes**

- Médico dermatologista, hepatologista, cirurgião geral e/ou cirurgião plástico, neurologista, neurocirurgião (de acordo com a localização do hemangioma)

**13.10. PROTOCOLO DE ACESSO – TRAUMA VASCULAR  
(ACOMPANHAMENTO)**

**Indicações**

- Paciente que apresente lesão vascular em decorrência de um trauma, estabilizado clinicamente e em condições de seguir o tratamento e o acompanhamento em ambulatório. Podem ser ferimentos penetrantes, fechados, contusos ou iatrogênicos.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Etiologia (arma de fogo, arma branca, trauma contuso, lesão iatrogênica, procedimentos endovasculares, cateteres centrais);
- Sinais e sintomas (diminuição ou ausência de pulsos, isquemia distal, hemorragia ativa pulsátil, hematoma em expansão ou pulsátil, sopro ou frêmito).
- Tratamentos realizados na emergência e outros;
- Exames complementares, com laudo e data (eco-doppler colorido, arteriografia, TC, flebografia);
- Presença ou não de complicações ou doenças associadas;
- Medicamentos em uso.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS (desde que haja encaminhamento com descrição do ocorrido na emergência – descrição da alta hospitalar).

**13.11. PROTOCOLO DE ACESSO – PÉ DIABÉTICO – CASOS CIRÚRGICOS**

**Indicações:**

- Casos para Cirurgia;
- Paciente diabético, com presença de infecção, ulceração e/ou destruição evoluindo com necrose de tecidos profundos associados a vários graus de doença vascular periférica que não se encaixe em critério de acesso do protocolo de regulação hospitalar;

**Casos obrigatoriamente compartilhados entre a equipe multiprofissional e o cirurgião vascular:**

- Úlcera isquêmica ou neuro isquêmica (mista) (Estágio C).
- Úlcera sem resposta ao tratamento após quatro semanas.



- Úlcera com necrose ou gangrena.

#### **Situações que devem ser encaminhadas para emergência**

- Suspeita de isquemia crítica do membro de início agudo / Oclusão Arterial aguda (dor contínua em repouso, palidez, ausência de pulso, membro mais frio em relação ao contralateral, alteração de sensibilidade ou força, parestesia e paralisia do membro, sinais de gangrena);
- Celulite (> 2 cm ao redor da úlcera);
- Úlcera profunda com suspeita de comprometimento ósseo ou de articulação em paciente vasculopata (Grau 3);
- Infecção local grave com os sinais de SIRS - Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (WIFI fl 3).

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Sinais e sintomas;
- Presença de ferida com tecidos viáveis (granulação e epitelização) ou inviáveis (necrose seca e úmida), definir número, locais, tamanho e características;
- Tratamentos realizados;
- Alterações nos laudos de exames complementares e data dos mesmos (inclusive laudo da cultura, se realizada);
- Fator de risco para complicações;
- Indicativo de doença avançada;
- Presença de fatores de risco para desenvolvimento de úlceras e amputações;

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos cirurgião vascular;

## **14.PROTOCOLO DE ACESSO – CONSULTA EM ORTOPEDIA ADULTO**

### **14.1. PROTOCOLO DE ACESSO – ACOMETIMENTO DA COLUNA VERTEBRAL**

#### **Indicações**

- Dor crônica inespecífica sem melhora após 6 meses de tratamento clínico otimizado (farmacológico e não farmacológico);
- Artropatias/discopatias degenerativas com dor crônica de caráter mecânico;
- Sinais e sintomas de radiculopatia sem melhora clínica após 6 semanas de tratamento clínico otimizado (farmacológico e não farmacológico);
- Diagnóstico e/ou sinais clínicos sugestivos de estenose de canal medular ou mielopatia;
- Escoliose com Ângulo de Cobb maior que 40 graus e sintomática.

#### **Situações que indicam necessidade de encaminhamento para outra especialidade:**

- Encaminhar para reumatologia os casos de dor na coluna vertebral com duração maior ou igual a 6(seis) semanas com características inflamatórias (dor noturna,



piora ao acordar, rigidez após repouso) e elevação das provas de atividade inflamatórias.

- Encaminhar ao neurocirurgião casos:
  - Tuberculose da coluna vertebral;
  - Síndrome de Chiari;
  - Doenças da junção craniocervical;
  - Cordotomias;
  - Traumatismo raquimedular;
  - Hérnia de disco com indicação cirúrgica;
  - Instabilidade da coluna;
  - Mielopatias.
  - OBS: Encaminhar as patologias acima somente na ausência de resposta ao tratamento clínico ou déficit sensitivo ou motor progressivo.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrição dos sinais e sintomas: característica da dor, duração, intensidade, alterações sensitivo-motoras, limitações na mobilidade e/ou funcionalidade, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio e achados do exame físico (se normal informar normalidade);
- Tratamento atual e tratamentos já realizados, farmacológicos e não farmacológicos (perda de peso quando recomendado, fisioterapia, acupuntura, etc);
- Resultados dos exames realizados (ex. radiografia), com data.
- Doenças e fatores de risco associados com potenciais fatores agravantes.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas.

## **14.2. PROTOCOLO DE ACESSO – SEQUELA DE FRATURA**

#### **Indicações**

- Fratura ou luxação tratada em serviço de emergência que apresenta deformidade ou prejuízo funcional.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Informar o histórico de fratura ou luxação, detalhando evolução pós operatória até o estado atual.
- Descrição dos sinais e sintomas: característica da dor, duração, intensidade, alterações sensitivo-motoras, limitações na mobilidade e/ou funcionalidade;
- Tratamento atual e tratamentos já realizados, farmacológicos e não farmacológicos;
- Resultados dos exames de imagem realizados, com data.
- Doenças e fatores de risco associados com potenciais fatores agravantes.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas.



### **14.3. PROTOCOLO DE ACESSO – ACOMETIMENTO DO OMBRO**

#### **Indicações**

- Dor e/ou deformidade de ombro que não melhoram após tratamento clínico otimizado por 6 meses;
- Processos degenerativos de ombro com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento otimizado;
- Lesão do manguito rotador e síndrome do impacto com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento otimizado;
- Lesões tendíneas traumáticas ou não, evidenciadas em exame de imagem;
- Radiculopatias, lesões neurológicas da cintura escapular;
- Osteoartrite de ombro sem resposta ao tratamento otimizado por 6 meses;
- Luxação recorrente (> 3 episódios) de ombro após avaliação em serviço de emergência.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrição dos sinais e sintomas: característica da dor, duração, intensidade, alterações sensitivo-motoras, limitações na mobilidade e/ou funcionalidade, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio e achados do exame físico (testes de impacto, e de integridade do manguito rotador).
- Histórico de trauma local prévio ou de luxações recorrentes (nº de vezes);
- Tratamento atual e tratamentos já realizados, farmacológicos e não farmacológicos (ex. fisioterapia, acupuntura);
- Resultados dos exames de imagem realizados (ex. radiografia, ultrassonografia, RNM, de acordo com a indicação clínica), com data.
- Doenças e fatores de risco associados com potenciais fatores agravantes.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS.

### **14.4. PROTOCOLO DE ACESSO – ACOMETIMENTO DA MÃO, PUNHO E COTOVELO**

#### **Indicações**

- Processos degenerativos de mão, punho ou cotovelo com queixas frequentes e persistentes que não melhoram após tratamento farmacológico e não farmacológico otimizados por 3 meses;
- Ruptura tendínea não operada em caráter emergencial;
- Cisto sinovial sintomático que cause prejuízo funcional;
- Síndrome do túnel do carpo;
- Tenossinovite, epicondilite, sem melhora com tratamento clínico otimizado;
- Tenossinovite de De Quervain; Pseudoartrose do escafoide; Doença de Kienbock; Doença de Dupuytren;
- Síndrome do Pronador Redondo.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**



- Descrição dos sinais e sintomas: característica da dor, duração, intensidade, alterações sensitivo-motoras, limitações na mobilidade e/ou funcionalidade, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio e achados do exame físico incluindo testes pertinentes a suspeição (se normal informar normalidade);
- Histórico de trauma local prévio com data e descrição de procedimento realizado (se houver);
- Tratamento atual e tratamentos já realizados, farmacológicos e não farmacológicos;
- Resultados de exames realizados, com data.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

**14.5. PROTOCOLO DE ACESSO – ACOMETIMENTO DO QUADRIL**

**Indicações**

- Dor no quadril que não melhora após tratamento otimizado por 6 meses;
- Epifisiólise com queixas frequentes que não melhoram após tratamento inicial;
- Avaliação para cirurgias de revisão de prótese de quadril;
- Osteonecrose;
- Coxartrose com potencial indicação de cirurgia (dor refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária);
- Tendinopatias; Bursites do quadril ou tendinite de glúteos, sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado;
- Síndrome do impacto femoroacetabular;
- Lesão laboral.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrição dos sinais e sintomas: característica da dor, duração, intensidade, alterações sensitivo-motoras, limitações na mobilidade e/ou funcionalidade, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio e achados do exame físico incluindo testes pertinentes a suspeição (se normal informar normalidade);
- Histórico de trauma local prévio com data e descrição de procedimento realizado (se houver);
- Tratamento atual e tratamentos já realizados, farmacológicos e não farmacológicos;
- Resultados dos exames de imagem realizados, com data.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**14.6. PROTOCOLO DE ACESSO – ACOMETIMENTO DO JOELHO**

**Indicações**

- Dor e/ou deformidade de joelho associada a alteração funcional que não melhoram após tratamento otimizado por 6 meses;
- Tendinites;



- Soltura de prótese;
- Lesão meniscal, com queixas frequentes que não melhoram após tratamento inicial com presença instabilidade, dor ou limitação à movimentação;
- Lesão ligamentar com queixas frequentes que não melhoram após tratamento inicial com presença instabilidade, dor ou limitação à movimentação;
- Osteoartrite de joelho com potencial indicação de cirurgia (sintomas de dor refratária ao tratamento clínico otimizado por 6 meses ou importante prejuízo para as atividades de vida diária);
- Rotura de tendão quadriceptal e/ou tendão patelar;
- Instabilidade patelofemoral;
- Osteonecrose;
- Genovalgo ou genovaro com queixas frequentes que não melhoram após tratamento inicial com presença ou não de dor ou limitação à movimentação;

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrição dos sinais e sintomas: característica da dor, duração, intensidade, alterações sensitivo-motoras, limitações na mobilidade e/ou funcionalidade, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio e achados do exame físico (se normal informar normalidade);
- Se histórico de trauma prévio local com data e descrição de procedimento realizado (se houver);
- Tratamento atual e tratamentos já realizados, farmacológicos e não farmacológicos;
- Resultados dos exames de imagem realizados, com data.
- Resultado de testes em exame físico (se normal informar normalidade);

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

### **14.7. PROTOCOLO DE ACESSO – ACOMETIMENTO DO PÉ / TORNOZELO**

#### **Indicações**

- Dor que não melhora após tratamento otimizado por 6 meses (perda de peso, tratamento medicamentoso, fisioterapia, acupuntura);
- Tendinopatias sem melhora após 3 meses de tratamento otimizado;
- Entesopatias, fasceíte plantar ou metatarsalgia, sem melhora após 6 meses de tratamento otimizado;
- Lesão ligamentar crônica;
- Osteomielite crônica;
- Artrose;
- Halux valgo; Pé plano, pé cavo; Sequela de pé torto; Neuroma de Morton; Dedo em garra; Coalizão tarsal;
- Cisto sintomático;
- Síndrome do túnel do tarso.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**



- Descrição dos sinais e sintomas: característica da dor, duração, intensidade, alterações sensitivo-motoras, limitações na mobilidade e/ou funcionalidade, tempo de início e duração dos sintomas, fatores desencadeantes e de alívio e achados do exame físico (se normal informar normalidade);
- Histórico de trauma local prévio ou de luxações;
- Tratamento atual e tratamentos já realizados, farmacológicos e não farmacológicos (ex. fisioterapia, acupuntura);
- Resultados de exames de imagem realizados, com data.
- Doenças e fatores de risco associados com potenciais fatores agravantes.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**14.8. PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES ÓSSEOS**

**Indicações**

- Diagnóstico ou forte suspeição de tumor ósseo;
- Diagnóstico de metástase óssea;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrição dos sinais e sintomas, descrição dos achados do exame físico;
- Resultados dos exames de imagem realizados, com descrição das características radiológicas do tumor ósseo (ex. radiografia, ultrassonografia, RNM, de acordo com a indicação clínica), com data;
- Quando lesões metastáticas, informar o sítio primário, ossos acometidos, se há fratura óssea suspeita ou confirmada e tratamentos já realizados.
- Doenças e fatores de risco associados com potenciais fatores agravantes.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas.

**15. PROTOCOLO DE ACESSO – CONSULTA EM PSIQUIATRIA**

**Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta:**

- Esquizofrenia;
- Transtornos delirantes;
- Transtorno Afetivo Bipolar;
- Episódio Depressivo;
- Transtorno Depressivo Recorrente;
- Transtornos fóbico-ansiosos
- Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Generalizada e outros;
- Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC);
- Transtornos dissociativos conversivos e somatoformes;
- Transtornos alimentares;
- Transtornos de personalidade;
- Transtornos de hábitos e impulsos;
- Transtornos de identidade sexual e preferência sexual;



- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

**Encaminhar para neurologia:**

- Casos de episódios convulsivos ou outros quadros neurológicos;
- Quadros demenciais;
- Dores neuropáticas.

**Encaminhar para psicologia:**

- Depressão ou Ansiedade leve;
- Transtornos de Ajustamento;
- Luto;
- Dificuldades de Relacionamento Interpessoal.

### **15.1.PROTOCOLO DE ACESSO – DEPRESSÃO REFRACTÁRIA**

**Indicações**

- Casos graves (conforme DSM-V);
- Casos moderados e refratários ao tratamento por 4-6 semanas;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, data de início dos sintomas; definir sintomatologia, presença ou não de complicações, doenças associadas e medicações em uso.
- Elencar terapias que já foram utilizadas no paciente;
- Elencar comorbidades presentes;
- Elencar fatores de risco frente a patologia como: ideação suicida, agressividade, alucinações, delírios

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS

### **15.2.PROTOCOLO DE ACESSO - TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS CONVERSIVOS E SOMATOFORMES**

**Indicações**

- Todos os casos de intensidade moderada a grave (conforme DSM-V).

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, data de início dos sintomas; definir sintomatologia, presença ou não de complicações, doenças associadas e medicações em uso.
- Elencar terapias que já foram utilizadas no paciente;
- Elencar comorbidades presentes;
- Elencar fatores de risco frente a patologia como: ideação suicida, agressividade, alucinações, delírios...



**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS

**15.3.PROTOCOLO DE ACESSO – TRANSTORNO OBSESSIVO  
COMPULSIVO (TOC)**

**Indicações**

- Todos os casos de intensidade moderada a grave (conforme DSM-V).

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, data de início dos sintomas; definir sintomatologia, presença ou não de complicações, doenças associadas e medicações em uso.
- Elencar terapias que já foram utilizadas no paciente;
- Elencar comorbidades presentes;
- Elencar fatores de risco frente a patologia como: ideação suicida, agressividade, alucinações, delírios...

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS

**15.4.PROTOCOLO DE ACESSO – TRANSTORNO DE PÂNICO E  
ANSIEDADE GENERALIZADA**

**Indicações**

- Todos os casos de intensidade moderada a grave (conforme DSM V).

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, data de início dos sintomas; definir sintomatologia, presença ou não de complicações, doenças associadas e medicações em uso.
- Elencar terapias que já foram utilizadas no paciente;
- Elencar comorbidades presentes;
- Elencar fatores de risco frente a patologia como: ideação suicida, agressividade, alucinações, delírios...

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS

**15.5. PROTOCOLO DE ACESSO – TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR**

**Indicações**

- Todos os casos de intensidade moderada a grave (conforme DSM-V).

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, data de início dos sintomas; definir sintomatologia, presença ou não de complicações, doenças associadas e medicações em uso.



- Elencar terapias que já foram utilizadas no paciente;
- Elencar comorbidades presentes;
- Elencar fatores de risco frente a patologia como: ideação suicida, agressividade, alucinações, delírios...

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS

**15.6.PROTOCOLO DE ACESSO – ESQUIZOFRENIA**

**Indicações**

- Todos os casos de intensidade moderada a grave (conforme DSM V).

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, data de início dos sintomas; definir sintomatologia, presença ou não de complicações, doenças associadas e medicações em uso.
- Elencar terapias que já foram utilizadas no paciente;
- Elencar comorbidades presentes;
- Elencar fatores de risco frente a patologia como: ideação suicida, agressividade, alucinações, delírios...

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS

**15.7.PROTOCOLO DE ACESSO – TRANSTORNOS PSICOSSEXUAIS**

**Indicações**

- Todos os casos de intensidade moderada a grave.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, data de início dos sintomas; definir sintomatologia, presença ou não de complicações, doenças associadas e medicações em uso.
- Elencar terapias que já foram utilizadas no paciente;
- Elencar comorbidades presentes;
- Elencar fatores de risco frente a patologia como: ideação suicida, agressividade, alucinações, delírios...

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS

**15.8.PROTOCOLO DE ACESSO – TRANSTORNO DE PERSONALIDADE**

**Indicações**

- Se inserem neste protocolo os casos instáveis.



**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, data de início dos sintomas; definir sintomatologia, presença ou não de complicações, doenças associadas e medicações em uso.
- Elencar terapias que já foram utilizadas no paciente;
- Elencar comorbidades presentes;
- Elencar fatores de risco frente a patologia como: ideação suicida, agressividade, alucinações, delírios...

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS

## **16.PROTOCOLO DE CONSULTA EM ONCOLOGIA CLÍNICA E CIRÚRGICA**

**Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta especializada:**

- Tumores de cabeça e pescoço;
- Tumores do aparelho gastrointestinal;
- Tumores do aparelho geniturinário;
- Tumores ginecológicos;
- Tumores de mama;
- Tumores de tórax;
- Tumores de pele;
- Tumores do sistema nervoso central;
- Tumores ortopédicos;
- Radioterapia;
- Braquiterapia;
- Radiocirurgia estereotáxica;
- Neoplasias onco-hematológicas.

**OBS.:** O oncologista precisa do laudo do anatomopatológico para realização do tratamento oncológico e solicitação dos exames de estadiamento, encaminhar o paciente para o oncologista antes do anatomopatológico é atrasar o fluxo. Visto que as biopsias são realizadas por outras especialidades cirúrgicas, uma sugestão é que toda solicitação de regulação oncológica fosse avaliada por um médico regulador oncologista e, este definiria qual a real necessidade de cada encaminhamento, se para o cirurgião oncológico, mastologista, urologista, ou realmente oncologista, outra sugestão é cada instituição ter um setor de triagem.

### **16.1.PROTOCOLO DE ACESSO - TUMORES DE CABEÇA E DE PESCOÇO**

**Doenças e motivos para consulta**

- Neoplasia maligna de Boca (língua, assoalho, gengiva, véstíbulo, pálato e trígono retromolar) e Lábio. De acordo como CID-10: C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06;



- Neoplasia maligna de Laringe (C.32);
- Neoplasia maligna de Faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe) CID-10: C09, C10, C11, C12, C13;
- Neoplasia maligna de Seios da Face, Cavidade Nasal e Base de Crânio CID-10: C30, C31;
- Neoplasia maligna das Glândulas Salivares Parótida e Submandibular; CID-10: C07, C08;
- Neoplasia maligna de Tireoide e Paratireoides CID-10: C73, C75;
- Neoplasia maligna de Pele da Face, Couro Cabeludo e Pescoço; CID-10: C44;
- Melanoma maligno de Pele da Face, Couro Cabeludo e Pescoço; CID-10: C43;
- Neoplasia maligna de Olho e Órbitas; CID-10: C69;
- Doença maligna Metastática no Pescoço; CID-10: C77;

**OBS.:** Pacientes com respectivos CID-10, sem retorno da afecção após 5 anos do término do tratamento são considerados curados;

#### **Critérios de encaminhamento**

- Resultado de anatomopatológico confirmando neoplasia maligna, na região de cabeça e pescoço;
- Lesões com forte suspeita clínica de neoplasia maligna, evidenciada por exame de imagem.
- No laudo do exame de imagem inserido, a forte suspeita de neoplasia maligna deve constar por escrito e não somente a descrição da lesão encontrada no paciente. (obrigatório, quando sem resultado do anatomopatológico)
- Pacientes com suspeita ou doença metastática confirmada.
- Suspeita de recidiva tumoral.
- Adenomegalia cervical (descrever todos os exames laboratoriais e de imagem afastando outras patologias de doenças infecciosas e inflamatórias - citando as doenças investigadas previamente) linfonodo descrito como " atípico" ou com "perda/apagamento de hilo" após descartar HIV e tuberculose.
- As indicações para biópsia de linfonodo no caso de adenopatia de cadeia cervical são: linfonodomegalia supraclavicular, linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderidos a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados) e linfonodomegalia (2 cm), persistente (após 4 semanas) e sem causa definida.
- Tumores de tireoide: Bethesda maior ou igual IV, USG com classificação TIRADS maior ou igual a IV.
- Câncer de pele (CBC, CEC) com biópsia ou avaliados pela dermatologia com indicação para esta agenda.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever quadro clínico completo e alterações no e exame físico.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológicos e exames laboratoriais.
- Descrever acometimento cancerígeno prévio (se houver);
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades;



**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas;

**16.2.PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIAS DO TRATO  
GASTROINTESTINAL**

**Doenças e motivos para consulta**

- Neoplasia maligna de estômago;
- Neoplasia maligna de intestino;
- Neoplasia maligna de reto;
- Neoplasia maligna de ânus e canal anal;
- Neoplasia maligna de fígado;
- Neoplasia maligna de vesícula biliar e vias biliares;
- Neoplasia maligna de pâncreas e periampular;
- Neoplasia maligna de peritônio – mesothelioma, pseudomyxoma peritoneal;
- Neoplasia maligna de retroperitônio.

**Critérios de encaminhamento**

- Resultado de anatomopatológico confirmando neoplasia maligna, na região do trato gastrointestinal;
- Lesões com forte suspeita clínica de neoplasia maligna, evidenciada por exame de imagem;
- No laudo do exame de imagem inserido, deve constar por escrito a forte suspeita de neoplasia maligna e não somente a descrição da lesão encontrada no paciente;
- Pacientes com suspeita ou doença metastática de neoplasia do TGI confirmada
- Suspeita de recidiva tumoral;
- Presença de massa sólida ou heterogênea ao exame de imagem em sítio pancreático sugestiva de neoplasia maligna (obrigatório afastar cistos e pseudocistos);
- Pólipos com displasia de alto grau com margens comprometidas;
- Diagnóstico de carcinoma hepatocelular (CHC) ao exame de imagem (Lirads 5 ou 4 não conclusivo) BCLC C/D.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, descrever medicações em uso.
- Descrever quadro clínico completo e achados de exame físico.
- Exames de imagem ou anatomopatológicos já realizados
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades, quando necessário.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas.

**16.3.PROTOCOLO DE ACESSO - TUMORES GENITURINÁRIOS (SEXO  
MASCULINO)**

**Doenças e motivos para consulta**



- Neoplasia maligna de testículo;
- Neoplasia maligna de tumores germinativos extra-gonadais;
- Neoplasia maligna de bexiga, ureter e pelve renal;
- Neoplasia maligna de pênis;
- Neoplasia maligna de próstata;
- Neoplasia maligna de rim;

#### **Critérios de encaminhamento**

- Todos os pacientes com resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna;
- Massa sólida ao exame de imagem sugestiva de neoplasia maligna cm descrição dos achados;

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, descrever medicações em uso.
- Descrever quadro clínico completo e alterações no exame físico.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais.
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

**Trato urinário:** Resultado de exame de imagem (TC ou RM) com suspeita de neoplasia/tumor/lesão vegetante em bexiga, ureter ou pelve renal; resultado de endoscopia urinária (cistoscopia ou ureterosopia) com descrição de neoplasia em bexiga, ureter ou pelve renal localizada ou localmente avançada (tanto tumores não músculo-invasivos quanto os músculo-invasivos);

**Rim:** Nódulo renal sólido suspeito para neoplasia maligna ou cisto renal complexo (TC contrastada ou RM a descrição das categorias Bosniak III ou IV).

**Próstata:** Critérios de suspeita de câncer de próstata (indicação de biópsia):

1. Níveis elevados de PSA (geralmente acima de 4,0 ng/mL, especialmente se relação PSA livre/total < 15-20 % e/ou densidade de PSA > 0,15). Densidade de PSA = PSA/pelo peso da próstata.
2. Para pacientes mais jovens (com idade abaixo dos 55 anos) PSA acima de 2,5 ng/mL. Presença de nódulo prostático detectado ao toque retal e/ou exame de imagem (PI- RADS 4 e 5).

**Testículo:** Exame físico: presença de nódulo endurecido no testículo ou massa escrotal endurecida onde seria a topografia de um testículo.

1. Ultrassonografia de bolsa escrotal mostrando lesão sólida testicular com fluxo ao doppler.
2. Exames laboratoriais: marcadores tumorais: LDH, alfafetoproteína e beta-HCG.

**Nódulo de suprarenal / adrenal (incidentaloma):** Nódulo funcionante, independente do tamanho nódulo não funcionante > 4 cm;

1. Nódulo com suspeita de malignidade: densidade > 20 UH na TC ou lesões pobres em gordura na RM, bordas irregulares, calcificação, heterogêneas, washout absoluto < 50%, invasão do rim ou adjacências.

**Pênis:** Descrição do exame físico: lesão crostosa, ulcerada, erodida, crônica, em glândula ou prepúcio.

- Descrição do anatomopatológico se feito biópsia.
- **Evidências de funcionalidade da lesão: Síndrome de Cushing (estrias violáceas na pele, fácie típica, hirsutismo), hiperaldosteronismo (HAS), feocromocitoma.**

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas;

### **16.4.PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES GENITAIS (SEXO FEMININO)**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Resultado de anatomopatológico confirmando lesão intraepitelial de alto grau (compreendendo NIC3/CARCINOMA IN SITU).
- Não encaminhar para esta agenda pacientes com neoplasia in situ já tratada.

**Ovário:** Massa ovariana complexa (sólida ou mista) sugestiva de neoplasia maligna por exames de imagem. Excluir cistos ovarianos. Pacientes com exames de imagem axiais (USG, RNM e/ou TC de abdome total) mostrando lesão anexial com achados suspeitos para neoplasia primária anexial (ORADS  $\geq$ 4): lesões sólido-císticas, projeções papilares, ascite, implantes peritoneais, adenomegalia associada etc.

**Corpo uterino/endométrio:** USG-TV com endométrio hipervascularizado, irregular, maior que 10mm, em paciente com sangramento vaginal anormal pós-menopausa, sem uso de terapia hormonal.

**Vulva:** massas verrucosas, úlceras persistentes e indolores, NIV 2 e 3 no anatomopatológico, lesões de pele após exclusão de DST e infecções fúngicas.

**Colo uterino:** lesão visível macroscópica ao exame especular e citologia cervical (preventivo) sugestiva de lesão invasiva ou displasia cervical grave (NIC 3).

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas;

### **16.5.PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE MAMA**

#### **Doenças e motivos para consulta**



- Neoplasia maligna das mamas;

**OBS.:** BI-RADS abaixo ou igual a 4A devem ser avaliados por mastologia geral e não seguir lista de oncologia;

#### **CrITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO**

- Resultado anatomopatológico confirmando neoplasia maligna de mama, invasiva ou in situ.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever quadro clínico completo e achados de exame físico.
- Descrever o laudo de exames já realizados, com data;
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e oncologia clínica.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

### **16.6.PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DA PELE**

#### **Doenças e motivos para consulta**

- Melanoma maligno da pele;
- Melanoma in situ da pele;
- Carcinoma in situ da pele;
- Carcinoma basocelular (CBC);
- Carcinoma espinocelular (CEC);

#### **Situações que podem ser manejadas na por dermatologista**

- Carcinoma in situ da pele excisado com margens livres.
- Carcinoma basocelular excisado com margens livres.
- Ceratoses solares ou fotodano crônico;

#### **CrITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO**

- Resultado anatomopatológico confirmando melanoma;
- Pacientes com alta suspeição de melanoma ou outras neoplasias da pele, avaliados (descrever aspecto da lesão) - (Especialidade: cirurgia oncológica)

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever quadro clínico completo e achados de exame físico.
- Descrever o laudo de exames já realizados, com data;
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas;



### **16.7.PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE SISTEMA NERVOSO E OSTEOARTICULAR**

#### **Doenças e motivos para encaminhar para consulta**

- Gliomas e tumores malignos de sistema nervoso central CID-10: C70, C71 E C72;
- Neoplasia primária maligna dos ossos e das cartilagens articulares de outras localizações e de localizações não especificadas.
- CID-10: C41, C41.0, C 41.1, C41.2, C 41.3, C 41.4, C 41.8, C 41.9B

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso
- Descrever estado neurológico com ou sem déficit do estado geral.
- Descrever o laudo de exames já realizados, com data;
- Incluir relatórios médicos de demais especialidades como cirurgia e radioterapia.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas;

### **16.8.PROTOCOLO DE ACESSO – RADIOTERAPIA**

#### **Doenças e motivos para encaminhar para consulta**

- Qualquer neoplasia em pacientes pediátricos que necessitam realizar Radioterapia, conforme solicitação do serviço de referência da região;
- Tumores de pele como carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, melanoma maligno e carcinoma de células de Merkel que necessitam realizar Radioterapia com Feixe de Elétrons;
- Tumores de nasofaringe, tumores de próstata, tumores cerebrais e tumores recidivados de cabeça e pescoço que têm benefício em realizar Radioterapia com Intensidade Modulada;
- Todos os tumores malignos, confirmados por anatomopatológico, que tenham indicação de tratamento adjuvante com radioterapia, de acordo com a referência.

#### **Crítérios de encaminhamento**

- Todos os tumores malignos, confirmados por anatomopatológico e/ou imunofenotipagem (neoplasias oncohematológicas), que tenham indicação de tratamento adjuvante com radioterapia, de acordo com a referência.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Idade;
- Tempo de evolução, medicações em uso;
- Relatório cirúrgico e quimioterápico, quando tiver feito esses tratamentos;
- Descrever o laudo de exames já realizados, com data;
- Descrever terapias realizadas previamente;

#### **Profissionais solicitantes:**

- Médico Oncologista Clínico, Cirurgião Oncológico e Cirurgião de Cabeça e Pescoço.



### **16.9. PROTOCOLO DE ACESSO – RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Metástases cerebrais, gliomas, adenoma pituitário, neurinoma do acústico, má-formação arteriovenosa e meningiomas que necessitam realizar Radiocirurgia Estereotáxica (indicado por especialista) comprovados com anatomopatológico/biópsia e/ou exames de imagem.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Idade;
- Tempo de evolução, medicações em uso;
- Relatório cirúrgico e quimioterápico, quando tiver feito esses tratamentos;
- Descrever o laudo de exames já realizados, com data;
- Descrever terapias realizadas previamente;

#### **Profissionais solicitantes**

- Médico Oncologista Clínico, Cirurgião Oncológico e Cirurgião de Cabeça e Pescoço.

### **16.10. PROTOCOLO DE ACESSO – BRAQUITERAPIA**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Câncer de colo uterino, endométrio, vagina, vulva, próstata, olho, pele, partes moles comprovadas com anatomopatológico/biópsia e para profilaxia de queiloide.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados, com data;
- Descrever biópsia;

#### **Profissionais solicitantes**

- Médico Oncologista Clínico, Cirurgião Oncológico e Cirurgião de Cabeça e Pescoço.

### **16.11. PROTOCOLO DE ACESSO – RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Pacientes maiores de 15 anos com doenças/motivos/achados laboratoriais descritos abaixo comprovados/evidenciados através dos seguintes exames complementares:
- Laudo anatomopatológico e/ou Imunohistoquímica e/ou Mielograma e/ou Imunofenotipagem e/ou Cariótipo de medula óssea ou sangue periférico e/ou



Hemograma com leucocitose absoluta > 50.000 células em dois hemogramas.

Doenças para encaminhamento:

- Trombocitemia essencial (TE);
- Policitemia Vera (PV);
- Leucemia Mieloide Crônica (LMC);
- Mielofibrose primária e secundárias (MF);
- Neoplasias Mieloproliferativas crônicas não classificadas, Philadelphia negativo;
- Leucemia Neutrófila crônica (LNC);
- Leucemia eosinofílica crônica (LEC);
- Doença/Linfoma de Hodgkin (LH);
- Mieloma Múltiplo (MM);
- Plasmocitoma;
- Amiloidose com biópsia de Medula óssea evidenciando infiltração por plasmócitos monoclonais > 10%;
- Síndrome Mielodisplásicas ou Displásticas ou Mielodisplásia (SMD);
- Leucemia linfoide/linfocítica Crônica ou Linfoma Linfocítico (LLC);
- Linfomas Não-Hodgkin (LNH);
- Linfoma do Manto ou Zona do Manto ou Células do Manto;
- Macroglobulinemia de Waldenstrom ou Linfoma Linfoplasmocítico;
- Tricoleucemia ou Leucemia de Células Cabeludas ou Leucemia “Hairy Cell Leukemia”;
- Micose fungóide ou Síndrome de Sézary ou Linfomas Cutâneos T

### **Observações**

- Pacientes com o diagnóstico de leucemia aguda (mieloide ou linfoide), linfoma de Burkitt devem ser encaminhados imediatamente ao serviço de EMERGENCIA Hospitalar;
- Pacientes com linfoma/mieloma causando síndrome de veia cava, compressão medular, insuficiência renal aguda e insuficiência respiratória aguda devem ser encaminhados imediatamente ao serviço de EMERGENCIA Hospitalar;

### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): USG, TC, anatomopatológico e exames laboratoriais;
- Tempo de evolução dos sintomas;
- Características dos linfonodos: tamanho, consistência, mobilidade e cadeias acometidas;
  - \* Se localizada (apenas uma cadeia acometida) ou generalizada (duas ou mais cadeias não contíguas acometidas);
  - \* Presença de sintomas B: perda de peso involuntária, sudorese noturna, febre;
- Presença de outros sintomas sugestivos de infecção local ou sistêmica, como por exemplo: faringite, infecção de vias aéreas superiores, ulceração cutânea;
- Exame físico com evidência de esplenomegalia;
- Exposição de risco para HIV, sífilis, hepatites;
- História de neoplasia prévia, outros sinais e sintomas que sugiram neoplasia atual ou fatores de riscos para neoplasia, como por exemplo: tabagismo, etilismo;



- História epidemiológica local e histórico de viagens que possuam exposições de risco para infecções, como por exemplo: áreas endêmicas para doenças como leishmaniose, histórico de arranhadura de gato;
- História de imunização recente contra COVID-19 ou com outro imunizante como dT, dTpa, BCG, tríplice viral ou raiva.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos oncologistas, especialistas.

## **17.PROTOCOLO DE MASTOLOGIA**

**Critérios de encaminhamento**

- Nódulos;
- Derrame papilar uniductal ou hemorrágico;
- Microcalcificações agrupadas à mamografia;
- Suspeita de câncer, levar em conta os seguintes aspectos:
  - Retrações ou outras alterações de pele;
  - Linfonodos axilares alterados;
  - imagens radiológicas suspeitas - categorias mamográficas III, IV,V na classificação BI-RADS;
- Mastalgia refratária à terapia clínica por 21 dias;
- Eczema areolar que não cedeu ao tratamento inicial com corticoides;
- Fístulas;
- Pacientes de alto risco: passado de câncer de mama ou história da doença em parentes de primeiro grau com lesão suspeita.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- História da doença atual de forma sucinta constando tempo de evolução, história pregressa e doenças associadas.
- Exame Físico: exame clínico de mamas, relatar os achados importantes.
- Exames Complementares: mamografia para pacientes em rastreamento de 50-69 anos (Ministério da Saúde) ou aquelas em que parente de 1º grau possuía/possuem câncer de mama (rastreamento 10 anos antes da idade que teve o diagnóstico) e ultrassonografia de mama para < de 35 anos.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

## **18.PROTOCOLO DE ACESSO DE CONSULTAS EM INFECTOLOGIA**

**Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta:**

- Sorologia positiva para HIV;
- Co-infectados HIV/ Hepatite C (VHC) e HIV/Hepatite B (VHB);
- Doenças sexualmente transmissíveis (DST) complicadas;
- Doenças infecciosas, incluindo febre de origem obscura;



- Doenças fúngicas sistêmicas;
- Hepatites Virais (exceto pacientes com cirrose);
- Tuberculose multirresistente (agenda específica);
- Leishmaniose (agenda específica) – analisar o quadro clínico para vê se em indicação de atendimento hospitalar, sobretudo os casos viscerais;
- DST – transmissão vertical (agenda específica).

**Encaminhar para:**

- Condiloma (DST) peniano → Urologia
- Condiloma (DST) anal → Proctologia
- Condiloma (DST) vaginal → Ginecologia

**18.1.PROTOCOLO DE ACESSO – SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV**

**Indicações:**

- Encaminhar preferencialmente os casos com maior necessidade (resistência, comorbidades, infecção oportunista, coinfeção tuberculose/HIV e hepatites virais/HIV).

**Prioridade:**

- Quadro clínico comprometido;
- Quadro infeccioso;
- Linfonodomegalia;
- Hepatoesplenomegalia; Linfoma ou leucemia; Sarcoma de Kaposi;
- Gestantes com infecção pelo HIV;

**Evidências clínicas e complementares**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica, tempo de diagnóstico, sintomas do paciente e tratamentos já realizados;
- Descrever laudo de exames laboratoriais com data: sorologias;
- Encaminhar carga viral e CD4 (se já tiver), não é necessário para o encaminhamento;
- Informar o número da notificação no SINAM.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS

**18.2.PROTOCOLO DE ACESSO - COINFEÇÃO DO HIV COM O VÍRUS  
DA HEPATITE B OU HEPATITE C**

**Indicações**

- Encaminhar todos os casos;
- O quadro clínico deverá ser bem analisado para vê se entra no fluxo hospitalar

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica, tempo de diagnóstico, sintomas do paciente e tratamentos já realizados;
- Descrever laudo de exames laboratoriais com data: sorologias;
- Encaminhar carga viral e CD4 (se já tiver);



- Informar o número da notificação no SINAM.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS

**18.3.PROTOCOLO DE ACESSO – HEPATITES VIRAIS**

**Indicações**

- Sorologia positiva para Hepatites VHB e VHC (HBsAg, antiHBc ou anti-VHC), na ausência de cirrose e de coinfeção;

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica, tempo de diagnóstico, sintomas do paciente e tratamentos já realizados;
- Descrever laudo de exames laboratoriais com data: sorologias;
- Informar o número da notificação no SINAM.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS e especialista.

**18.4.PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS**

**Indicações:**

- Encaminhar apenas no caso de complicações, tais como sífilis sem resposta ao tratamento, doença disseminada por gonococo (gonococcemia).

**OBS.:** A maioria das DSTs é tratada pelos médicos generalistas na atenção básica.

**Evidências clínicas e complementares**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica, tempo de diagnóstico, sintomas do paciente e tratamentos já realizados;
- Descrever laudo de exames laboratoriais com data: sorologias.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS e especialista.

**18.5.PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS INFECCIOSAS**

**Indicações:**

- Febre de origem obscura com duração mínima de 3 semanas cujo diagnóstico não foi estabelecido após extensa investigação);
- Toxoplasmose;
- Mononucleose infecciosa;
- Síndrome mononucleose like; Rubéola;
- Coqueluche; Difteria; Esquistossomose; Febre tifoide; Doença de Lyme;
- Febre maculosa;



- O quadro clínico deverá ser bem analisado para vê se entra no fluxo hospitalar.

**Evidências clínicas e complementares**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica, tempo de diagnóstico, sintomas do paciente e tratamentos já realizados;
- Descrever laudo de exames laboratoriais com data: sorologias.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS e especialista.

**18.6.PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇAS FÚNGICAS SISTÊMICAS**

**Indicações:**

- Paracoccidiodomicose;
- Coccidiodomicose;
- Histoplasmose;
- Criptococose;

Em pacientes infectados ou não pelo HIV. OBS: Pacientes muito sintomáticos devem ser encaminhados para um serviço de emergência para avaliação e internação.

**Evidências clínicas e complementares**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica, tempo de diagnóstico, sintomas do paciente e tratamentos já realizados;
- Descrever laudo de exames laboratoriais com data: sorologias.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS e especialista.

**18.7.PROTOCOLO DE ACESSO - TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE**

**Indicações:**

- Encaminhar todos os casos.

**OBS.:** Os casos de tuberculose devem ser tratados nos Programas Municipais de Tuberculose. Encaminhar apenas casos multirresistentes.

**Evidências clínicas e complementares:**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica, tempo de diagnóstico, sintomas do paciente e tratamentos já realizados;
- Descrever laudo de exames com data: RX tórax, BAAR, TRM-TB

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS e especialista.

**18.8.PROTOCOLO DE ACESSO – LEISHMANIOSE**

**Indicações:**



- Encaminhar todos os casos.
- O quadro clínico deverá ser bem analisado para avaliar se entra no fluxo hospitalar.

#### **Evidências clínicas e complementares**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica, tempo de diagnóstico, sintomas do paciente e tratamentos já realizados;
- Descrever laudo de exames com data: parasitológico, testes imunológicos ou PCR;

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS e especialista.

### **19.PROTOCOLO DE ACESSO – OFTALMOLOGIA**

#### **Indicações:**

- Déficit Visual;
- Cefaleia;
- Pacientes com doenças sistêmicas com possibilidade de comprometimento ocular;
- Olho vermelho;
- Catarata;
- Glaucoma;
- Estrabismo;
- Oftalmopediatria;
- Alterações palpebrais / orbitárias;
- Alterações de vias lacrimais;
- Alterações neurooftalmológicas;
- Pterígio;
- Córnea;

**OBS.:** todo paciente encaminhado para o especialista continua sob a responsabilidade do médico que encaminhou e a ele deve voltar.

#### **19.1.PROTOCOLO DE ACESSO - DÉFICIT VISUAL**

##### **Indicações**

- Encaminhar os pacientes com relato de déficit visual ou queixas oculares: prurido, lacrimejamento, com história sucinta, citando presença de outras patologias (diabetes e hipertensão);
- História de baixa de visão, unilateral ou bilateral, crônica, associada ou não a outros sintomas oculares;
- Pacientes com queixa de mosca volante, fotopsias (flashes de luz) e perda de campo visual, mesmo sem relato de baixa de visão, devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica;

##### **Conteúdo descritivo mínimo:**

- Citar os achados significativos no exame físico;
- Dor ocular sem trauma, história de trauma e perda súbita de acuidade visual;



**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e Especialistas;

**19.2.PROTOCOLO DE ACESSO - PACIENTES COM DOENCAS  
SISTEMICAS POSSIBILIDADE DE COMPROMETIMENTO OCULAR**

**Indicações**

- Encaminhar pacientes com queixas oculares relacionadas a estas patologias, com inclusão conforme tempo de doença;
- Diabetes mellitus: encaminhar pacientes diabéticos tipo 1 (após três a cinco anos de idade do diagnóstico) e diabéticos tipo 2 (no momento do diagnóstico). O exame, se normal, deve ser repetido anualmente. Se houver alguma alteração no fundo de olho, esse intervalo será alterado, a critério do oftalmologista. Mulheres diabéticas grávidas devem ser encaminhadas para avaliação de fundo de olho no momento do diagnóstico da gravidez. Encaminhar paciente com descrição de como está seu controle glicêmico atual
- e/ou exames complementares (última glicemia de jejum e hemoglobina glicada).
- Hipertensão arterial: encaminhar pacientes hipertensos para avaliação anual, com especial atenção para aqueles mal controlados ou que apresentam hipertensão arterial secundária;
- Infecções sistêmicas: encaminhar pacientes com diagnóstico de infecções sistêmicas que apresentem risco de comprometimento ocular (exemplo: sífilis, tuberculose, toxoplasmose, CMV, HIV etc.) para avaliação de biomicroscopia e fundo de olho. Recém-nascidos com história de infecção no período gestacional (mãe com sorologia positiva na gestação) devem ser encaminhados para avaliação com oftalmologista.
- Doenças reumatológicas: encaminhar para avaliação oftalmológica pacientes com doenças reumatológicas que apresentem qualquer queixa visual;
- Usuários crônicos de corticoide: encaminhar para avaliação de biomicroscopia e aferição de pressão intraocular (PIO);
- Usuários de medicação com risco de comprometimento ocular: encaminhar para avaliação periódica (exemplos: cloroquina, hidroxicloroquina, tamoxifeno, vigabatrina, etambutol, clorpromazina, amiodarona).

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Descrever história clínica, tempo de evolução dos sintomas oculares e complicações;
- Exame Físico - Relatar os achados importantes. Informar o valor da pressão arterial;
- Exames Complementares - Diabetes: glicemia, triglicerídeos e colesterol (até 30 dias);
- O paciente deve levar exames e relatórios oftalmológicos realizados anteriormente;
- Diabetes tipo 1 - Primeira consulta após 3 anos de evolução da doença, com retorno a cada 1 anos nos casos de exame normal (fundoscopia). Nos casos de exames alterados a critério do oftalmologista;



- Diabetes tipo 2 - Primeira consulta após diagnóstico com acompanhamento a cada um ano para casos sem retinopatia;
- Elencar exames como: glicemia de jejum, hemoglobina glicada recente, colesterol total e frações e outros exames realizados anteriormente;
- Prioridade para Regulação: Paciente diabético juvenil. Deverá ter acompanhamento oftalmológico assim que diagnosticado e os com diabetes tipo 2 acompanhamentos anual acima de 3 anos de duração.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS e Especialistas;

**19.3.PROTOCOLO DE ACESSO – HIPEREMIA CONJUTIVAL**

**Indicações:**

- Pacientes com quadro de olho vermelho, agudo ou crônico, com hiperemia difusa ou localizada, com ou sem secreção, lacrimejamento, sensação de corpo estranho, dor, prurido, fotofobia, devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica;
- Quadros agudos com dor e presença de mancha branca na córnea e/ou perda de transparência na córnea, com suspeita de úlcera de córnea, devem ser encaminhados para atendimento de urgência;
- Segundo a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), Ministério da Saúde, dezembro de 2019, são atribuições da APS o manejo das condições mais prevalentes em oftalmologia, que cursam com olho vermelho, a saber: conjuntivite, hordéolo e calázio e blefarite. Caso não haja resolução ou mudança do quadro clínico encaminhar ao oftalmologista.

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Citar os achados significativos do exame físico;
- É importante considerar a abordagem inicial do paciente, idade e a presença ou não de complicações associadas, medicações em uso e uso ou não de lentes de contato;
- Descrever o encaminhamento médico e se já fez tratamento ou cirurgia oftalmológica.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS e Especialistas;

**19.4.PROTOCOLO DE ACESSO – CATARATA**

- Encaminhar os pacientes com faixa etária > 60 anos com:
  - Queixa de baixa progressiva da visão;
  - Vista enevoada e/ou embaçada;
  - Piora da acuidade para longe e melhora para perto;
- Também estão inclusas cataratas traumáticas e de origem metabólica e leucocoria - independente da idade;

**Conteúdo descritivo mínimo:**



- Citar os achados significativos do exame físico e relatar a presença ou não de leucocoria;
- Levar laudo oftalmológico prévio (se houver);

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS e especialistas

**19.5.PROTOCOLO DE ACESSO - GLAUCOMA**

- Encaminhar os pacientes com história familiar de glaucoma.

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Elencar dados de história clínica;
- Citar os achados significativos do exame físico;
- Sintomatologia de Glaucoma agudo: dor ocular muito forte com diminuição súbita de visão, dor de cabeça e vômito algumas vezes, hiperemia intensa;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS e especialistas;

**19.6.PROTOCOLO DE ACESSO – ESTRABISMO**

**Indicações**

- Encaminhar pacientes com qualquer desvio ocular e compensação do estrabismo pela posição de cabeça;

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Citar achados significativos do exame físico;
- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): teste de acuidade visual, refração, tipo de estrabismo.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e Especialistas;

**19.7.PROTOCOLO DE ACESSO – OFTALMOPEDIATRIA**

**Indicações**

- Crianças com teste do reflexo vermelho alterado ou duvidoso;
- Crianças com história de infecção congênita; o Crianças prematuras, com menos de 34 semanas de idade gestacional e menos de 1500 g de peso ao nascer, que passaram por triagem/tratamento de retinopatia da prematuridade, e necessitam de acompanhamento oftalmológico após alta da UTI neonatal;
- Crianças com suspeita de glaucoma congênito (história de perda de transparência corneana, aumento do diâmetro corneano, bftalmia);



- Crianças com ptose congênita, principalmente aquelas com comprometimento do eixo visual pela pálpebra;
- Crianças portadoras de síndromes que podem estar associadas a alterações oftalmológicas; o Crianças com dificuldade de aprendizagem escolar.

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Citar achados significativos do exame físico;
- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, história de baixo rendimento escolar, se já usa óculos e tempo da última consulta.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): teste de acuidade visual, refração.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e Especialistas;

**19.8.PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERACOES PALPEBRAIS /  
ORBITÁRIAS**

**Indicações**

- Encaminhar pacientes para avaliação com: ptose, ectrópio (eversão da pálpebra para fora), entrópio (inversão da pálpebra para dentro), triquíase (crescimento atípico dos cílios), calázio, hordéolos de repetição, tumores palpebrais, exoftalmia, cavidade anoftálmica, microftalmia, necessidade de adaptação de prótese ocular.

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Citar achados significativos do exame físico;
- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): teste de acuidade visual, refração, grau da ptose palpebral.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da atenção primária da rede SUS e especialistas;

**19.9.PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERACOES DE VIAS LACRIMAIS**

**Indicações**

- Encaminhar pacientes com lacrimejamento unilateral ou bilateral, crônico, recorrente, com ou sem relato de história prévia de dacriocistite.

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Citar achados significativos do exame físico;
- Sinais e sintomas (descrição da alteração palpebral ou de vias lacrimais, tempo de evolução, recorrência);
- Apresenta comprometimento funcional (sim ou não). Se sim, descrever;
- Realizou tratamento prévio para a condição (se indicado). Se sim, descrever.



**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e Especialistas;

**19.10. PROTOCOLO DE ACESSO – ALTERAÇÕES  
NEUROFTALMOLÓGICAS**

**Indicações**

- Pacientes com anisocoria, alteração de reflexo pupilar, alteração de campo visual, diplopia binocular, paresia ou paralisia de pares cranianos, que não tenham baixa acuidade visual aguda e/ou sintoma de hipertensão intracraniana (cefaleia, vômitos em jato, etc.).

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Citar achados significativos do exame físico;
- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): teste de acuidade visual, refração, tonometria, TC de crânio;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos oftalmologistas e neurologistas;

**19.11. PROTOCOLO DE ACESSO – PTERÍGIO**

**Indicações**

- Encaminhar pacientes com pterígio que estão sintomáticos e/ou com pterígio com risco de comprometimento do eixo visual (pterígio com risco de atingir a área pupilar).

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Citar achados significativos do exame físico;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e Especialistas;

**19.12. PROTOCOLO DE ACESSO – AFECÇÕES DA CÓRNEA**

**Indicações**

**Encaminhar paciente com quadro de:**

- Ceratocone;
- Patologias corneanas crônicas;
- Todos os casos para avaliação de indicação de transplante de córnea recomendado por oftalmologista;

**Conteúdo descritivo mínimo:**

- Elencar achados significativos referentes a história da doença atual, com exame físico detalhado;



- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): teste de acuidade visual, refração, tonometria, topografia, ceratoscopia e paquimetria;
- Os exames que eventualmente forem necessários serão realizados ou encaminhados no próprio serviço no momento da consulta.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos oftalmologistas;

## **20.PROTOCOLO DE ACESSO E REGULAÇÃO - CIRURGIA GERAL / APARELHO DIGESTIVO**

**Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta**

Foram elencados os seguintes sinais e sintomas de doenças ou patologias a serem encaminhados e regulados:

- Hérnia inguinal;
- Hérnia umbilical;
- Hérnia femoral;
- Hérnia de parede abdominal/incisional;
- Hérnia epigástrica;
- Doenças da vesícula biliar (litíase, pólipos) exceto coledocolitíase;
- Lesões de pele e tecido celular subcutâneo\*;
- Gastrostomia cirúrgica;
- Esplenectomia;
- Laparotomia exploradora;
- Doença do refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica;
- Tumores benignos do esôfago, estômago, pâncreas;  
\*que não se encaixam nas pequenas cirurgias e no protocolo de dermatologia

**Situações que não necessitam encaminhamento e podem ser manejadas nas UBS:**

- Colelitíase assintomática;
- Pólipos de vesícula biliar menores que 5 mm.

### **20.1.PROTOCOLO DE ACESSO - HÉRNIA INGUINAL/ UMBILICAL/ FEMORAL PAREDE ABDOMINAL / EPIGÁSTRICA**

**Indicações**

- Hérnia Inguinal;
- Hérnia Umbilical;
- Hérnia Femoral;
- Hérnia de Parede Abdominal/Incisional;
- Hérnia Epigástrica;
- As hérnias inguinais recidivadas, com indicação de abordagem por Laparoscopia, devem ser encaminhadas ao ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo, após avaliação com Cirurgia Geral;



- As hérnias com perda de domínio OU com colo > 10cm OU multirrecidivadas, devem ser encaminhadas ao ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo, após avaliação com Cirurgia Geral.
- As hérnias diafragmáticas crônicas são tratadas preferencialmente por via torácica, devendo ser encaminhadas ao ambulatório de Cirurgia Torácica.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data): usg, tc abdome.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**20.1. PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇAS DA VESÍCULA BILIAR**

**Indicações**

- Colelitíase sintomática;
- Pólipos da vesícula biliar maiores que 10 mm OU pólipo associado a cálculo OU pólipo > 5mm com crescimento nos últimos meses;
- Vesícula em “porcelana”;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data): usg, tc abdome.
- Realizar sistematicamente a avaliação de risco de coledocolitíase, com Fosfatase Alcalina, Gama-GT e Bilirrubinas.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Primária da rede SUS;

**20.2. PROTOCOLO DE ACESSO - LESÕES DA PELE E TECIDO CELULAR  
SUBCUTANEO**

**Indicações**

- Tumores/nevos de pele;
- Unha encravada e granuloma ungueal;
- Cisto sebáceo;
- Lipoma;
- Foliculite, hidroadenite supurativa;
- Retirada de corpo estranho subcutâneo.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data): usg, tc abdome.



**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**20.3. PROTOCOLO DE ACESSO - PEQUENAS CIRURGIAS**

**Indicações**

- Unha encravada;
- Granuloma ungueal;
- Lipomas;
- Cisto sebáceo;
- Verruga vulgar;
- Nevos;
- Folliculite, hidroadenite supurativa;
- CBC e CEC;
- Retirada de corpo estranho subcutâneo.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data): usg, tc abdome.
- Descrever características das lesões, assim como evolução e tratamentos já realizados;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**20.4. PROTOCOLO DE ACESSO - GASTROSTOMIA CIRÚRGICA**

**Indicações**

- Necessidade de realização de gastrostomia: doenças neurológicas, distúrbios da deglutição, estenose maligna do esôfago, estenose de esôfago com incapacidade de passagem alimentar;
- Necessidade de manter a via alternativa de alimentação enteral por mais de 1 mês;
- Local sem acesso a gastrostomia endoscópica.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data): usg, tc abdome, endoscopia, biópsia;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS

**20.5. PROTOCOLO DE ACESSO - ESPLENECTOMIA**

**Indicações**

- Esplenomegalias (pancitopenias, eferocitose, síndromes hemolíticas, púrpura trombocitopênica idiopática).



- Lesões císticas e/ou tumorais esplênicas.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data): usg, tc abdome.
- Hematologista;
- Hepatologista;
- Gastroenterologista;

**Profissionais Solicitantes:**

- Médicos da atenção primária da rede SUS

**20.6.PROTOCOLO DE ACESSO - LAPAROTOMIA EXPLORADORA  
ELETIVA**

**Indicações**

- Aderências intestinais;
- Massa abdominal a esclarecer;
- Biópsia de peritônio em casos de carcinomatose;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data): usg, tc abdome.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**20.7.PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇA DO REFLUXO  
GASTROESOFÁGICO**

**Indicações**

- Doença do refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica – complicações, refratariedade ao tratamento, hérnia hiatal associada.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data): usg, tc abdome, EDA;
- Exames prévios: pHmetria esofágica, manometria esofágica, EED, Endoscopia digestiva alta.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos gastroenterologista;



## **PROTOCOLO DE ACESSO - PATOLOGIAS CIRÚRGICAS RELACIONADAS AO APARELHO DIGESTIVO**

### **Indicações**

- Fígado e vias biliares: cistos hepáticos, neoplasias hepáticas benignas e malignas (hepatocarcinoma, metástases hepáticas), coledocolitíase refratária a CPRE ou com indicação de derivação bileodigestiva, neoplasias das vias biliares, cistos das vias biliares, estenoses benignas das vias biliares;
- Estômago: doença ulcerosa péptica refratária, neoplasias benignas e malignas do estômago;
- Pâncreas: lesões císticas pancreáticas, pancreatite crônica, neoplasias benignas e malignas do pâncreas;
- Esôfago: doença de refluxo gastroesofágico, megaesôfago / acalásia, neoplasias benignas e malignas do esôfago, divertículos esofágicos;
- Parede abdominal: hérnias incisionais complexas, conforme descritos em protocolo de hérnias, neoplasias de parede abdominal;

### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data): usg, tc abdome, biópsia (se houver);
- Em localidades em que não há disponível agenda de cirurgia do aparelho digestivo;

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas.

## **21.PROTOCOLO DE ACESSO E REGULAÇÃO – CONSULTA EM PROCTOLOGIA**

### **CrITÉRIOS de encaminhamento para consulta**

- Fístulas anorretais;
- Abscesso perianal;
- Cisto pilonidal;
- Condiloma acuminado;
- Doença Inflamatória Intestinal (DII);
- Hemorroidas;
- Fissura anal;
- Prurido anal;
- Dor anal;
- Tenesmo;
- Plicoma;
- Incontinência anal;
- Pólipos;
- Prolapso retal/ retocele;
- Hemorragia digestiva baixa;



- Neoplasia colorretal;
- Acompanhamento de neoplasias colorretais;
- Fechamento de colostomia/ileostomia;
- Doença diverticular do colón;

**Sinais de alarme (estabelecer relação com patologia deste protocolo)**

- Sangramento intestinal;
- Vômitos repetidos;
- Sintomas constitucionais como febre, perda de apetite;
- Perda de peso;
- Massa abdominal;
- Anemia;
- Estenose;
- Fístula.

**21.1. PROTOCOLO DE ACESSO – FISTULA ANORETAIS**

**Indicações**

- Encaminhar todos os casos suspeitos ou confirmados.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica e sintomas do paciente, presença ou não de drenagem de secreção purulenta.
- Informar se houve quadro de trauma local prévio;
- Descrever laudo de colonoscopia (se houver)

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**21.2.PROTOCOLO DE ACESSO – ABCESSO PERIANAL**

**Indicações**

- Encaminhar os casos refratários após a drenagem cirúrgica.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica e sintomas do paciente e exame proctológico realizado pelo médico solicitante.
- Descrever comorbidades (atentar para DM2);
- Descrever laudo de colonoscopia, se houver;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**21.3.PROTOCOLO DE ACESSO – CISTO PILONIDAL**

**Indicações**

- Encaminhar os casos refratários após a drenagem cirúrgica.



**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica e sintomas do paciente, presença ou não de drenagem de secreção purulenta ou orifício fistuloso e exame proctológico realizado pelo médico solicitante.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS;

**21.4.PROTOCOLO DE ACESSO – CONDILOMA ACUMINADO**

**Indicações**

- Encaminhar pacientes com lesões sugestivas e não resolutivas a tratamentos anteriores pela rede básica de saúde por no mínimo 3 meses;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica e sintomas do paciente e exame proctológico realizado pelo médico solicitante.
- Descrever terapias realizadas anteriormente;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS;

**21.5.PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA INFLAMATÓRIA  
INTESTINAL**

**Indicações**

- Encaminhar todos os casos suspeitos ou com diagnóstico firmado de DII;
- Colites inespecíficas.
- Casos com sinais ativos da doença podem ser inseridos, mas devem ser tratados na emergência ou pelo médico da UBS;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica e sintomas do paciente e exame proctológico realizado pelo médico solicitante;
- Em caso de anemia informar hematócrito e hemoglobina;
- Em caso de emagrecimento quantificar o mesmo;
- Descrever laudo de hemograma, PCR, VHS e colonoscopia com data quando o paciente já realizou o exame.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**21.6.PROTOCOLO DE ACESSO – HEMORROIDAS**

**Indicações**

- Hemorroidas que persistem sintomáticas após tratamento conservador por 3 meses;
- Hemorroidas graus III e IV.
- Casos de trombose hemorroidária para acompanhamento após avaliação em emergência;



**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (se houver);
- Descrever o grau de hemorroida do paciente;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS;

**21.6. PROTOCOLO DE ACESSO – FISSURA ANAL**

**Indicações**

- Fissura anal recorrente/refratária ao tratamento conservador por 3 meses.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica e sintomas do paciente e exame proctológico realizado pelo médico solicitante.
- Descrever laudo de colonoscopia com data quando o paciente já realizou o exame.
- Descrever terapias já realizadas;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos e enfermeiros da Atenção primária da rede SUS

**21.7. PROTOCOLO DE ACESSO – PRURIDO ANAL/ TENESMO/PLICOMA**

**Indicações**

- Prurido Anal sem melhora com tratamento conservador por 3 meses.
- Todos os casos de tenesmo e plicoma;
- Prurido vulvovaginal crônico.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica e sintomas do paciente e exame proctológico realizado pelo médico solicitante.
- Descrever laudo de colonoscopia com data quando o paciente já realizou o exame.
- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): biópsia.
- Descrever terapias já realizadas;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**21.8. PROTOCOLO DE ACESSO – INCONTINENCIA ANAL**

**Indicações**

- Todos os casos.



**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica e sintomas do paciente e exame proctológico realizado pelo médico solicitante.
- Descrever laudo de manometria e colonoscopia com data quando o paciente já realizou o exame.
- Descrever frequência da incontinência;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**21.9. PROTOCOLO DE ACESSO – PÓLIPOS EM COLON**

**Indicações**

- Encaminhar todos os casos de adenomas de alto grau.
- Casos de pólipos de baixo grau com história familiar de polipose ou câncer de cólon.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica e sintomas do paciente e história familiar de câncer de cólon.
- Descrever laudo de pesquisa de sangue oculto e colonoscopia com biópsia com data quando o paciente já realizou o exame.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

**21.10. PROTOCOLO DE ACESSO – PROLAPSO RETAL / RETOCELE**

**Indicações**

- Casos não associados a prolapsos ginecológicos.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica e sintomas do paciente e exame proctológico realizado pelo médico solicitante.
- Descrever laudo de colonoscopia com data quando o paciente já realizou o exame.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**21.11. PROTOCOLO DE ACESSO – HEMORRAGIA DIGESTIVA  
BAIXA**

**Indicações**

- História de sangramento digestivo baixo sem repercussão hemodinâmica (caso de urgência), não atribuível à doença orifical.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Caracterizar o tipo de sangramento: hematoquezia, PSO+ (pesquisa de sangramento oculto nas fezes).



- Informar o resultado do exame proctológico realizado pelo médico solicitante;
- Descrever exames complementares com data quando disponíveis: colonoscopia, EDA, trânsito de delgado,
- TC.
- Em caso de anemia informar hematócrito e hemoglobina;
- Em caso de emagrecimento quantificar o mesmo e em quanto tempo.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**21.12. PROTOCOLO DE ACESSO – NEOPLASIAS COLORRETAIS**

**Indicações**

- Encaminhar todos os casos suspeitos;
- Se caso confirmado, este deverá ser solicitado para oncologia;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica e sintomas do paciente e exame proctológico realizado pelo médico solicitante;
- Em caso de anemia: descrever hematócrito e hemoglobina;
- Em caso de emagrecimento: quantificar o mesmo;
- É necessário descrever laudo de colonoscopia com biópsia com data, TC de abdome, CEA, PSO quando o paciente já realizou o exame.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS e especialistas;

**21.13. PROTOCOLO DE ACESSO – ACOMPANHAMENTO DE  
NEOPLASIAS COLORRETAIS**

**Indicações**

- Encaminhar todos os casos de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico que não possuem seguimento oncológico adequado.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica e sintomas do paciente.
- Descrever laudo da última colonoscopia com biópsia com data, TC, marcadores tumorais.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**21.14. PROTOCOLO DE ACESSO – FECHAMENTO DE  
COLOSTOMIA**

**Indicações**

- Encaminhar todos os casos encaminhados para fechamento de colostomia.



**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica, indicação e cronologia da colostomia e sintomas do paciente.
- Descrever laudo de colonoscopia com data quando o paciente já realizou o exame.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**21.15. PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA DIVERTICULAR DO  
CÓLON**

**Indicações**

- Casos sintomáticos
- Diverticulite recorrente

**Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever exames complementares quando disponíveis: USG, TC, colonoscopia.
- Descrever história clínica, com sinais e sintomas, uso de medicações e frequência dos sintomas da doença;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção primária da rede SUS;

**22. PROTOCOLO DE REUMATOLOGIA ADULTO**

**Critérios de encaminhamento ambulatorial**

- Colagenoses (lúpus eritematoso sistêmico, dermatomiosite, polimiosite, síndrome de Sjogren, esclerose sistêmica-esclerodermia, artrite reumatóide);
- Artrites;
- Artrite por deposição de cristais;
- Dor na Coluna Vertebral;
- Doença de Paget; Osteoporose;
- Fibromialgia.

**Encaminhar imediatamente para emergência hospitalar**

- Suspeita de artrite séptica;
- Colagenoses: lúpus eritematoso sistêmico em atividade (cutâneo, artrite, glomerulonefrite, vasculite cutânea, envolvimento sistema nervoso central, citopenia autoimune, insuficiência renal);
- Vasculites sistêmicas (envolvimento cutâneo, pulmonar e/ou renal).

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;



## **22.1. PROTOCOLO DE ACESSO – COLAGENOSSES**

### **Critérios de encaminhamento**

- Lesões cutâneas em áreas fotoexpostas;
- Itemize
- Úlceras de mucosa;
- Alopecia;
- Serosite (pericardite, derrame pleural, ascite);
- Síndrome seca (boca e/ou olho seco);
- Proteinúria e/ou alterações no sedimento urinário;
- Envolvimento pulmonar intersticial;
- Fenômeno de Raynaud;
- Fraqueza muscular avaliada pelo médico;
- FAN ou fator reumatóide positivo;
- Evidência de inflamação ocular observada pelo oftalmologista;
- História de abortos de repetição e/ou trombozes;
- Diagnóstico confirmado de lúpus, esclerodermia, dermatomiosite, polimiosite, síndrome de Sjogren, artrite reumatoide.

### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever localização e tempo de duração das queixas articulares;
- Hemograma, VHS, PCR, Creatinina, EAS, TGO/TGP, CPK, aldolase, FAN, Fator Reumatoide, Anti-Ro, AntiDNA, RX Tórax, sistema complemento;

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

## **22.2. PROTOCOLO DE ACESSO – ARTRITE**

### **Critérios de encaminhamento**

- Presença de artrite (dor, aumento de volume, calor e/ou rubor) com duração 6 semanas e sendo acompanhado por profissional da UBS;
- Artrite de punhos e/ou metacarpofalangeanas, metatarsofalangeanas;
- Rigidez articular  $\geq$  30-60 minutos;
- Presença de psoríase cutânea;
- Elevação de provas de atividade inflamatória (VHS e PCR);
- Fator reumatoide (FR) e/ou anti-CCP reagente;
- Alterações radiológicas erosivas.

### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever sinais e sintomas e localização das articulações acometidas, presença de sinais flogísticos e tempo de duração das queixas articulares;
- Provas de atividade inflamatória (VHS e PCR quantitativo); Fator Reumatóide (FR) e/ou anti-CCP; RX das áreas afetadas.

### **Profissionais solicitantes**



- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

### **22.3.PROTOCOLO DE ACESSO – ARTRITE POR DEPOSIÇÃO DE CRISTAIS**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Crises recorrentes de mono ou oligoartrite, com duração entre 2 a 7 dias, de início abrupto, de forte intensidade, com alívio parcial ou completo com uso de AINHs e/ou corticoides.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- Descrever localização e tempo de duração das queixas articulares, presença ou não de tofos, história ou não de litíase renal, tratamento previamente instituído;
- RX das áreas afetadas;
- Exames laboratoriais realizados como: Hemograma, Dosagem sérica de Ácido Úrico, VHS, PCR, Creatinina.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

### **22.4.PROTOCOLO DE ACESSO – DOR NA COLUNA VERTEBRAL**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Dor na coluna vertebral com duração  $\geq 6$  semanas com:
- Características inflamatórias (dor noturna, piora ao acordar, rigidez após repouso, elevação das provas de atividade inflamatória) e/ou
- Sinais de alerta como: perda de peso, febre, elevação das provas de atividade inflamatória, dor noturna).

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Hemograma, creatinina, parcial de urina; Provas de atividade inflamatória (VHS, PCR), fosfatase alcalina, eletroforese de proteínas; RX de coluna da área afetada (PA + Perfil); RX de articulação sacro-ílica (Ferguson).

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

### **22.5.PROTOCOLO DE ACESSO – DOENÇA DE PAGET (OSTEÍTE DEFORMANTE)**

#### **Critérios de encaminhamento**



- Paciente apresentando dor ou deformidade óssea com alteração nos níveis de fosfatase alcalina e/ou cintilografia óssea e/ou RX com lesões sugestivas de Doença de Paget.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma, VHS, PCR, Fosfatase Alcalina, Cálcio, eletroforese de proteínas, cintilografia óssea, RX crânio/ pelve.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

**22.6.PROTOCOLO DE ACESSO – FIBROMIALGIA**

**Critérios de encaminhamento**

- Paciente mantendo quadro de dor crônica difusa/fadiga refratária ao uso de antidepressivos tricíclicos ou inibidores de recaptação de serotonina por pelo menos seis meses;
- Suspeita de doença articular inflamatória associada;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): hemograma, VHS, PCR, TSH, autoanticorpos.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

**23.PROTOCOLO DE CIRÚRGIA PLÁSTICA – NÃO ESTÉTICA**

**Critérios de encaminhamento**

- Ginecomastia (homens);
- Hipertrofia mamária;
- Amastia adquirida por patologia oncológica;
- Abdome em avental;
- Deformidades em orelha;
- Defeitos nasais (nariz em sela, nariz bífido);
- Lipodistrofia patológica.

**São consideradas cirurgias estéticas:**



- Assimetria mamária / ptose mamária com volume normal;
- Abdominoplastia com finalidade estética;
- Mamoplastia de aumento/ colocação ou troca de prótese de mama;
- Flacidez ou assimetria facial por envelhecimento;
- Hipomastia;
- Lipodistrofia /lipoaspiração;
- Rinoplastia estética.

**OBS.:** estas não entram neste protocolo, portanto apresentam menor prioridade frente a casos de cirurgia plástica reparadora;

### **23.1.PROTOCOLO DE ACESSO – GINECOMASTIA (HOMENS)**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Casos diagnosticados para avaliação e tratamento.
- Encaminhar casos cirúrgicos de aumento do volume mamário em homens que tenham sido descartadas todas as patologias e distúrbios hormonais persistentes.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- O paciente deverá ser avaliado e liberado pelo endocrinologista;
- Informar laudo de exames já realizados: hemograma, coagulograma, dosagens hormonais, USG mamas ou mamografia.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

### **23.2.PROTOCOLO DE ACESSO – HIPERTROFIA MAMÁRIA**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Dor recorrente nas costas, pescoço ou ombros;
- Lesões cutâneas crônicas recorrente nas mamas ou no tórax (dermatites, intertrigo);
- Sulco de pressão da alça do sutiã nos ombros devido ao peso do tecido mamário;
- Sintomas neurológicos associados à compressão do plexo braquial dos membros superiores;
- Prejuízo psicossocial e baixa auto-estima associada ao tamanho das mamas.

#### **Critérios de exclusão**

- Lactação atual ou recente;



- Presença de nódulos mamários não avaliados ou microcalcificações suspeitas;
- Risco cirúrgico devido a doenças sistêmicas, como por exemplo hipertensão arterial não controlada ou doença cardíaca grave; e
- Incapacidade de compreender as limitações do procedimento e possíveis complicações do procedimento
- Tabagismo
- IMC > 30;
- Uso crônico de corticoides;
- Mamoplastia prévia;
- Doença mamária / nódulo mamário a esclarecer ou com necessidade de tratamento complementar;
- Comorbidades limitantes pelo risco cirúrgico aumentado tais como tabagismo, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, alcoolismo, doenças sistêmicas ou endocrinológicas consideradas situações clínicas que evoluem para resultados ruins ou complicações clínicas no pós-operatório.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- O paciente deverá ser avaliado e liberado pelo endocrinologista;
- Informar laudo de exames já realizados: hemograma, coagulograma, dosagens hormonais, USG mamas ou mamografia.

### **23.3.PROTOCOLO DE ACESSO – AMASTIA ADQUIRIDA POR PATOLOGIA ONCOLÓGICA**

#### **Crítérios de encaminhamento**

- Todos os casos, mediante liberação do mastologista/oncologista.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- O paciente deverá ter em mãos para trazer para a consulta o laudo da cirurgia realizada;
- Informar laudo de tratamento realizado pela oncologia clínica ou cirúrgica;
- Informar laudo de exames já realizados: USG mamas ou mamografia, liberação do mastologista/oncologista.



**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

**22.4.PROTOCOLO DE ACESSO – ABDOME EM AVENTAL**

**Critérios de encaminhamento**

- Encaminhar somente casos cirúrgicos (excesso de pele que se projeta sobre a região pubiana, estrias, áreas de dermatite), sem comorbidades descompensadas e sem uso de anticoagulantes, não fumantes.

**Critérios de inclusão**

- Indicação para abdominoplastia;
- IMC  $\leq 27$ .

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso;
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de tórax, TC.
- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, IMC do paciente, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados;

**Critérios de exclusão**

- Abdominoplastia prévia;
- Comorbidades limitantes pelo risco cirúrgico aumentado tais como tabagismo, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, alcoolismo, doenças sistêmicas ou endocrinológicas consideradas situações clínicas que evoluem para resultados ruins ou complicações clínicas no pós-operatório.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

**23.5.PROTOCOLO DE ACESSO – DEFORMIDADES DA ORELHA**

**Critérios de encaminhamento**



- Orelha em abano;
- Orelhas proeminentes
- Amputação parcial pós-traumática;
- Tumor de pavilhão auricular;
- Ausência total ou parcial de cavidade auricular;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: hemograma, coagulograma.
- Descrever exame físico da região, compreendendo deformidade;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

**23.6.PROTOCOLO DE ACESSO – DEFEITOS NASAIS**

**Critérios de encaminhamento**

- Defeitos nasais: nariz em sela, nariz bífido e outros defeitos nasais;
- Deformidade nasal com comprometimento de função;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados;
- Descrever exame físico da região, compreendendo defeito;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

**23.7.PROTOCOLO DE ACESSO – LIPODISTROFIA PATOLÓGICA**

**Critérios de encaminhamento**

- Todos os casos patológicos (sequelas de terapia antiviral do HIV, pós-operatório, dentre outros).

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: hemograma, coágulo grama;
- Se paciente soropositivo para HIV: quantificar CD4 e carga viral;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;



### **23.8.PROTOCOLO DE CIRURGIA PLÁSTICA - REPARADORA**

#### **Doenças e/ou motivos de encaminhamento para consulta:**

- Tumores de pele e tecido subcutâneo;
- Cicatrizes patológicas/ Sequelas de queimaduras;
- Lesões pós-traumáticas;
- Úlceras de pressão;
- Fissura labial.

### **23.9.PROTOCOLO DE ACESSO – TUMORES DE PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Tumores extensos/profundos, que necessitam enxertos ou retalhos;
- Neoplasias em áreas especiais como nariz, face e orelha;
- Reconstrução de couro cabeludo após ressecção de tumor.

**OBS.:** nevus de pele deverão ser encaminhados para pequenas cirurgias;

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, localização da lesão, textura, tempo de evolução, presença de ulceração ou sangramento e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: biópsia, hemograma, coagulograma.

#### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

### **23.10.PROTOCOLO DE ACESSO – CICATRIZES PATOLÓGICAS**

#### **Critérios de encaminhamento**

- Cicatrizes por sequela de queimadura que causem grande deformidade facial, alteração funcional das pálpebras, do nariz e dos lábios, deformidade e restrição dos movimentos do pescoço e restrição dos movimentos articulares em qualquer área que tenha sido de caráter patológico;
- Cicatrizes sintomáticas decorrentes de cirurgias ou ferimentos, cujas características sejam de quelóide, cicatriz hipertrófica que causem limitação funcional.

#### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, tipo e localização da lesão, tempo de evolução e limitações causadas pela cicatriz bem como a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: hemograma, coagulograma.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

**23.11.PROTOCOLO DE ACESSO – LESÕES PÓS-TRAUMÁTICAS**

**Critérios de encaminhamento**

- Lesões pós-trauma com perda de substância cutânea que necessitam de enxertos e/ou retalhos.

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, tipo e localização da lesão, tempo de evolução e limitações causadas pela cicatriz bem como a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: hemograma, coagulograma.
- Informar trauma que acarretou a lesão e a quanto tempo;

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

**23.12.PROTOCOLO DE ACESSO – ÚLCERAS DE PRESSÃO**

**Critérios de encaminhamento**

- Lesões tipo escaras de decúbito sem resolução com o cuidado da atenção básica que necessitem de enxertos e/ou retalhos;

**Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, tipo e localização da lesão, tempo de evolução e limitações causadas pela lesão bem como a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Informar laudo de exames já realizados: hemograma, coagulograma.

**Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

**23.13.PROTOCOLO DE ACESSO – FISSURA LABIAL**

**Critérios de encaminhamento**

- Encaminhar todos os casos de descontinuidade do lábio superior, uni ou bilateral, associada ou não à fenda palatina.

### **Conteúdo descritivo mínimo**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, sintomas, tempo de evolução e a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso;
- Consentimento do paciente sobre o procedimento solicitado (cirurgia);
- Informar laudo de exames já realizados;

### **Profissionais solicitantes**

- Médicos da Atenção Básica da rede SUS;

### **REFERÊNCIAS**

- ACHESON, A. G.; SCHOLEFIELD, J. H. Management of hemorrhoids. British Medical Journal, London, v. 336, n. 7640, p. 380-383, 2008. Disponível em:
- AHNEN, D. J.; MACRAE, AF. Approach to the patient with colonic polyps. Waltham (MA): UpToDate, 2020. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-colonic-polyps>>. Acesso em: 30 nov. 2020.
- ALVES, M. R. et al. Óptica, refração e visão subnormal. 3. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2013. (Série Oftalmologia Brasileira). Manual ilustrado de Oftalmologia; The Massachusetts Eye and Ear Infirmary; terceira edição; 2010.
- AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION. Diretrizes Guia de Bolso: Uma Referência Rápida para os Urologistas. 2017. Disponível em: [http://portaldaurologia.org.br/medicos/wpcontent/uploads/2017/08/guideline\\_AUA\\_SBU-ilovepdf-compressed.pdf](http://portaldaurologia.org.br/medicos/wpcontent/uploads/2017/08/guideline_AUA_SBU-ilovepdf-compressed.pdf). Acesso em: 18 maio 2020.
- ANTONIO, Renato Sanchez. Tratamento Endovascular de Aneurisma de Artéria Renal. Disponível em: [https://www.hci.med.br/residencia/Tratamento\\_Endovascular\\_de\\_Aneurisma\\_de\\_Arteria\\_Renal.pdf](https://www.hci.med.br/residencia/Tratamento_Endovascular_de_Aneurisma_de_Arteria_Renal.pdf). Acesso em: 09 set. 2023.
- BACAL, Fernando; MARCONDES-BRAGA, Fabiana G.; ROHDE, Luis Eduardo Paim; XAVIER JÚNIOR, José Leudo; BRITO, Flávio de Souza; MOURA, Lídia Ana Zytynski; COLAFRANCESCHI, Alexandre Siciliano; LAVAGNOLI, Carlos Fernando Ramos; GELAPE, Cláudio Leo; ALMEIDA, Dirceu Rodrigues. 3ª Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, [S.L.], v. 111, n. 2, p. 230-289, Não é um mês valido! 2018. Sociedade Brasileira de Cardiologia. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180153>.
- BACELAR JÚNIOR, Arilton Januário et al. CÂNCER DE PRÓSTATA: MÉTODOS DE BLEDAY, R.; BREEN, E. Treatment of hemorrhoids. Waltham (MA): UpToDate,
- BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE -Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta nº 11, de 31 de outubro de 2017. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Leiomioma de Útero. Disponível em:[https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/protocolos/pcdtleiomioma\\_31\\_10\\_2](https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/protocolos/pcdtleiomioma_31_10_2)



- 017.pdf. Acesso 05 de junho de 2020. CHERRI J, JOVILIANO EE. Aneurismas Arteriais. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5053891/mod\\_resource/content/1/Aneurismas%20arteriais.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5053891/mod_resource/content/1/Aneurismas%20arteriais.pdf). Acesso: 01 de junho de 2020.
- BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS 272, de 15 de junho de 2011: Disponível em:
  - BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro. Protocolos de Acesso Ambulatorial: Consultas Especializadas, Hospitais Federais no Rio de Janeiro. Brasília - DF, 2015. Cirurgia Vascular. P. 28-31 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov>
  - BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Atenção à Saúde - Portaria SAS/MS no 1.326, de 25 de novembro de 2013. HEMANGIOMA INFANTIL, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-hemangioma-infantil-livro-2013.pdf> Acesso 05 de junho de 2020.
  - Brasil. Ministério da Saúde. Cardiologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 22 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 2)
  - BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rede nacional de Câncer familiar: manual operacional. Rio de Janeiro: INCA 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Cancer\\_Familiar\\_fm.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Cancer_Familiar_fm.pdf). Acesso em: 24 maio 2020.
  - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-37715>. Acesso em 25 de maio de 2020.
  - BRASIL. Presidência da República. Lei n. 14.443 de 02 de Setembro de 2022 Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Brasília, 2022. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2022/lei/L14443.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14443.htm)
  - BRASIL. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto SírioLibanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf) Acesso em: maio de 2023.
  - BREEN, E.; BLEDAY, R. Anal fissure: clinical manifestations, diagnosis, prevention. Waltham (MA): UpToDate, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinicalmanifestations-diagnosis-prevention>. Acesso em: 24 maio 2020.
  - BREEN, E.; BLEDAY, R. Anal fissure: medical and surgical management. Waltham (MA): UpToDate, 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-medicaland-surgicalmanagement>. Acesso em: 24 maio 2020.



- Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020; 114(5):943-987.
- Cerqueira, L.O. et al. Classificação Wifi: o novo sistema de classificação da Society for Vascular Surgery para membros inferiores ameaçados, uma revisão de literatura. J Vasc Bras. 2020;19:e20190070. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190070>
- CHEDID, Rodolfo; BOECHAT, Celso Eduardo Jandre; GUIMARÃES, Fernando Serra. Surgical treatment of moderate and severe ptosis: analysis of results. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (Rbcp) – Brazilian Journal Of Plastic Surgery, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 222-228, 2018. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2018rbcp0099>.
- Cherri J, Joviliano EE. Aneurismas Arteriais. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5053891/mod\\_resource/content/1/Aneurismas%20arteriais.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5053891/mod_resource/content/1/Aneurismas%20arteriais.pdf). Acesso: 01 de junho de 2020.
- COHEN, David Jacques. Balanopostites. Urologia Essencial, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 20-24, jan. 2016. Semestral. Disponível em: [http://www.urologiaessencial.org.br/pdf/ed\\_1\\_2016/4\\_uro\\_consultorio.pdf](http://www.urologiaessencial.org.br/pdf/ed_1_2016/4_uro_consultorio.pdf). Acesso em: 20 maio 2020.
- Corrêa MP, Bianchini L, Saleh JN, Noel RS, Bajerski JC. Síndrome da congestão pélvica e embolização de varizes pélvicas. J V asc Bras. 2019; 18:e20190061. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190061>. Acesso: 20 de maio de 2020.
- DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO. Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research, Cianorte, v. 10, n. 3, p. 40-46, mar. 2015.
- DIRETRIZ BRASILEIRA DE VALVOPATIAS – SBC 2011 I DIRETRIZ INTERAMERICANA DE VALVOPATIAS – SIAC 2011.
- Diretriz Brasileira De Valvopatias – SBC 2011 I Diretriz Interamericana de Valvopatias – SIAC 2011. Tarasoutchi F, Montera MW, Grinberg M, Barbosa MR, Piñeiro DJ, Sánchez CRM, Barbosa MM, Barbosa GV et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. Arq Bras Cardiol 2011; 97(5 supl. 1): 1-67
- Diretriz de Doença Coronária Estável da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Cesar LA, Ferreira JF, Armaganijan D, Gowdak LH, Mansur AP, Bodanese LC, et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. Arq Bras Cardiol 2014; 103(2Supl.2): 1-59.
- Diretriz de Doença Coronária Estável da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Cesar LA, Ferreira JF, Armaganijan D, Gowdak LH, Mansur AP, Bodanese LC, et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. Arq Bras Cardiol 2014; 103(2Supl.2): 1-59.
- Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI) SBC-AMB SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARRITMIAS CARDÍACAS - SOBRAC/SBC DEPARTAMENTO DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL – DECA/SBCCV:
- Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI) SBC-AMB SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARRITMIAS CARDÍACAS -



SOBRAC/SBC DEPARTAMENTO DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL – DECA/SBCCV: Martinelli Filho M, Zimerman LI, Lorga AM, Vasconcelos JTM, Rassi A Jr. Guidelines for Implantable Electronic Cardiac Devices of the Brazilian Society of Cardiology. Arq Bras Cardiol 2007; 89 (6): e210-e238.

- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Urologia para o Câncer de Próstata
- Diretrizes Urologia – Associação Médica Brasileira – 2014
- DUNCAN, B. B. et al (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção Primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- Dutra, C.F. et al. Fundamentos em Cirurgia Vasculuar e Endovascular . Caxias do Sul, RS: Educs, 2022. ISBN 978-65-5807-147-1. Modo de acesso: World Wide Web.
- ELIAS JR, Antonio Mauro. Protocolos de Encaminhamento para Especialidades e Rotinas para Pedidos de Exames/ Procedimentos de Média e Alta Complexidade, Secretaria Municipal de Saúde de Tangará da Serra (MT), 2010
- EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. Pocket Guidelines. 2018. Disponível em: <https://uroweb.org/guidelines/>. Acesso em: 25 maio 2020.
- FERREIRA, Rui Antônio et al. Splenic artery aneurysm. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 398-400, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912016005005>.
- FIDÉLIS, Cícero. SESSÃO DE TEMAS LIVRES EM ANGIOLOGIA. Disponível em:
- [http://www.medicina.ufba.br/educacao\\_medica/graduacao/dep\\_cirurgia/sexoes/aneurisma%20isolado%20de%20art%20E9ria%20il%EDaca.pdf](http://www.medicina.ufba.br/educacao_medica/graduacao/dep_cirurgia/sexoes/aneurisma%20isolado%20de%20art%20E9ria%20il%EDaca.pdf). Acesso em: 09 set. 2023.
- FORMIGA et al. Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, SP, 2006.
- GUGLIOTTA, Antonio. TUMORES DO TESTÍCULO. Disponível em: [https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/tumores\\_testiculo.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/tumores_testiculo.pdf). Acesso em: 28 maio 2020.
- [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0272\\_15\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0272_15_06_2011.html). Acesso em: 06 de junho de 2020.
- JESUALDO CHERRI; EDWALDO EDNER JOVILIANO. Aneurismas Arteriais. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5053891/mod\\_resource/content/1/Aneurismas%20arteriais.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5053891/mod_resource/content/1/Aneurismas%20arteriais.pdf). Acesso em: 09 set. 2023.
- KOFF, Walter J. Doenças Comuns em Urologia. In: DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 186. p. 1835-1844.
- Leal Filho JMM, Barbosa AF, Squeff FA, Da Silva LJC. ANEURISMA DE ARTÉRIA POPLÍTEA. Buenos Aires, Argentina. Sociedade Iberoamericana de Informacion Cientifica. 2ª ed.: 10 de julho de 2003. Disponível em: <http://www.siicsalud.com/main/siicestr.php>. Acesso: 01 de junho de 2020.
- MACRAE, F. A.; BENDELL, J. Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer. Waltham (MA): UpToDate, 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-colorectal-cancer>. Acesso em: 24 Mai 2020.



- MAMERE, Augusto Elias et al. Avaliação das fístulas urogenitais por uorrressonância magnética. Radiol Bras, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 19-23, fev. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-39842008000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842008000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 maio 2020.
- Martinelli Filho M, Zimmerman LI, Lorga AM, Vasconcelos JTM, Rassi A Jr. Guidelines for Implantable Electronic Cardiac Devices of the Brazilian Society of Cardiology. Arq Bras Cardiol 2007; 89 (6): e210- e238.
- MEIRELLES, Sergio Silveira Leal. Visceral artery aneurysms. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 311-311, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912016005001>.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Colorectal cancer. London: NICE, 2012. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs20>>. Acesso em: 24 Mai 2020.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Suspected cancer: recognition and referral. London: NICE, 2020. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>>. Acesso em: 24 Mai 2020.
- ONCOGUIA. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia (PCDTs). 2015. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamento-sus/8051/50/>. Acesso em: 09 set. 2023.
- Options and Adjuvants in Surgery for Pterygium: A Report by the American Academy of Ophthalmology 2013.
- PELOTAS, Secretaria Municipal de Saúde de (org.). Relatório Anual de Gestão 2021. Pelotas - Rs: Departamento de Planejamento, 2022. 105 p. Disponível em: <https://www.pelotas.com.br/storage/saude/RAG-2021.pdf>. Acesso em: 09 set. 2023.
- PERRY, W. B. et al. Standards practice task force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). Diseases of the Colon & Rectum, Philadelphia (PA), v. 53, n. 8, p. 1110-5, 2010.
- POMPEO, Antonio Carlos Lima. Câncer de Pênis. In: NARDOZZA JÚNIOR, Archimedes et al (ed.). Urologia Fundamental. São Paulo: Planmark, 2010. Cap. 19. p. 171-177. Disponível em: <http://www.sbu-sp.org.br/admin/upload/os1688-completo-urologiafundamental-09-09-10.pdf>. Acesso em: 29 maio 2020
- Projeto Diretrizes SBACV. Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Gestões 2012/2015 Elaboração final: dezembro de 2015. Disponível em: <https://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes>. Acesso em: 20 de maio de 2020.
- Protocolo de Regulação do Acesso da Rede de Atenção Especializada Ambulatorial
- Exames de Apoio Diagnóstico Prefeitura de São Paulo - 2014 - São Paulo.
- Protocolos da Secretaria de Saúde do Município de São José, 2015. <http://saude.pmsj.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2015/12/PROTOCOLOS-DE-ACESSO-AOS-SERVI%C3%87OS-DE-SA%C3%9ADE.pdf>
- Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica Para a Atenção Especializada Portal da Saúde – <http://portal.saude.gov.br> - Ministério da Saúde.



- Protocolos de encaminhamento para Cirurgia Vascular. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS.
- Protocolos de Regulação Clínica e de Acesso. Governo do Estado do Piauí/ Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, 2017. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov>
- Protocolos de Regulação do Acesso Especialidades Médicas Cirúrgicas. Prefeitura Municipal de São Paulo / Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo-SP, 2013, vol.1. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/ProtocolosRegulacaoEspecialidadesMedicasCirurgicas.pdf>. Acesso 25 de maio de 2020.
- RENESTO, Adimara da Candelaria; SARTORI, Marta; CAMPOS, Mauro. Cross-linking e segmento de anel corneano intraestromal. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, [S.L.], v. 74, n. 1, p. 67-74, fev. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-27492011000100017>.
- ROCHA et al. Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média complexidade. Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus, Santo Antonio de Jesus BA, 2007.
- RS, Telessaúde. Protocolos de consulta. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiaisprotocolos/>. Acesso em: 09 set. 2023.
- RS, Telessaúde. Protocolos de encaminhamento para Oncologia Adulto. 2021. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/protocolo\\_oncologia\\_adulto.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_oncologia_adulto.pdf). Acesso em: 09 set. 2023.
- SANTHIAGO, Marcony R.. Corneal Crosslinking: the standard protocol. Revista Brasileira de Oftalmologia, [S.L.], v. 76, n. 1, p. 43-49, Não é um mês valido! 2017. Revista Brasileira de Oftalmologia. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20170010>.
- SAÚDE, Ministério da (org.). Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia. Brasília - Df: Secretaria de Atenção À Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_clinicos\\_diretrizes\\_terapeuticas\\_oncologia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf). Acesso em: 09 set. 2023.
- SAÚDE, Ministério da (org.). Protocolos de Acesso Ambulatorial: Consultas Especializadas. Brasília - Df: Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, 2015. 190 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_acesso\\_ambulatorial\\_consulta\\_especializada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf). Acesso em: 09 set. 2023.
- SAÚDE, Ministério da. Portaria SAES/MS 1399 17 dezembro 2019. 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-saes-ms-1399-17-dezembro-2019>. Acesso em: 09 set. 2023.
- SAÚDE, Ministério da. Protocolos de consulta. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 09 set. 2023.
- SAÚDE, Secretaria de Atenção À (org.). Leiomioma de útero. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-leiomioma\\_31\\_10\\_2017.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-leiomioma_31_10_2017.pdf). Acesso em: 09 set. 2023.

